

## DEMANDE DE MODIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

**Veillez inscrire vos numéros  
d'entreprise et de certificat**

Numéro d'entreprise

Numéro de certificat

Nom complet de la personne assurée \_\_\_\_\_

Veillez cocher le(s) changement(s) à effectuer et fournir TOUS les renseignements requis pour CHAQUE endroit coché.

<input type="checkbox"/> <b>Changement d'adresse</b>	Nouvelle adresse	
<input type="checkbox"/> <b>Changement de nom de la personne assurée</b>	Ancien nom	Date du changement (AAAA/MM/JJ)
	Raison du changement	
<input type="checkbox"/> <b>Nouvel état matrimonial</b> (Si la case est cochée, voir la partie <i>Statut d'une personne à charge</i> ci-dessous.)	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié-e <input type="checkbox"/> Veuf ou veuve <input type="checkbox"/> Séparé-e <input type="checkbox"/> Divorcé-e	Date du changement (AAAA/MM/JJ)
	<input type="checkbox"/> Union de fait (Veillez donner la date du début de la cohabitation.)	
<input type="checkbox"/> <b>Statut d'une personne à charge</b>		
Date du changement (AAAA/MM/JJ)	<input type="checkbox"/> Changer la protection d'individuelle à couple	Raison
Date du changement (AAAA/MM/JJ)	<input type="checkbox"/> Changer la protection d'individuelle à familiale	Raison
Date du changement (AAAA/MM/JJ)	<input type="checkbox"/> Changer la protection de couple à familiale	Raison
Date du changement (AAAA/MM/JJ)	<input type="checkbox"/> Changer la protection de familiale à couple	Raison
Date du changement (AAAA/MM/JJ)	<input type="checkbox"/> Changer la protection de couple à individuelle	Raison
Date du changement (AAAA/MM/JJ)	<input type="checkbox"/> Changer la protection de familiale à individuelle	Raison

**Inscrire la liste de toutes les personnes à charge touchées par ce changement, incluant votre conjoint.**

	Date du changement (AAAA/MM/JJ)	Prénom et nom	Lien avec la personne assurée*	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Genre Femme/ Homme
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Changer <input type="checkbox"/> Annuler					
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Changer <input type="checkbox"/> Annuler					
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Changer <input type="checkbox"/> Annuler					

\*Si la personne à charge est handicapée, veuillez remplir le formulaire intitulé *Demande de protection pour personnes à charge handicapées ayant dépassé l'âge limite*. Si la personne à charge a dépassé l'âge limite, veuillez remplir le formulaire intitulé *Demande de protection pour personnes à charge ayant dépassé l'âge limite*.

### Déclaration et autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets. J'autorise Co-operators Compagnie d'assurance-vie, Johnston Group inc., ses agents et fournisseurs de services à utiliser les renseignements nécessaires à la souscription, à l'administration et à l'évaluation des demandes de règlement se rapportant à ce régime d'avantages sociaux et à les échanger avec toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents à mon sujet, mon conjoint ou mes enfants à charge. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles les renseignements peuvent être obtenus comprend les professionnels de la santé, les établissements, les fournisseurs, les compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. La présente autorisation est aussi valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties aux termes du présent régime. Il est entendu qu'il est possible d'obtenir des renseignements plus détaillés sur la collecte et l'utilisation de mes renseignements personnels à la section « Politique de confidentialité et conditions d'utilisation » du site [www.johnstongroup.ca](http://www.johnstongroup.ca). Toute copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de la personne assurée \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**CENTRE DE SERVICE NATIONAL - 1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4 • 1 888 558-7609**

Les produits d'assurance soins médicaux et dentaires sont souscrits par Co-operators Compagnie d'assurance-vie et distribués par Johnston Group inc. L'assurance voyage est souscrite par La Compagnie d'Assurance Générale CUMIS, membre du Groupe Co-operators limitée, et est administrée par Allianz Global Assistance, dénomination commerciale enregistrée de Services AZGA Canada inc. et d'Agence d'assurances AZGA Canada Ltée.