



DEMANDE DE MODIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Veuillez inscrire vos numéros
d'entreprise et de certificat

Numéro d'entreprise

Numéro de certificat

Nom complet de la personne assurée _____

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

<input type="checkbox"/> Changement d'adresse	Nouvelle adresse	
<input type="checkbox"/> Changement de nom de la personne assurée	Ancien nom	Date du changement (AAAA/MM/JJ)
	Raison du changement	
<input type="checkbox"/> Nouvel état matrimonial (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 (Veuillez donner la date du début de la cohabitation.)	
<input type="checkbox"/> Statut d'une personne à charge		
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

Après une adhésion d'au moins trois ans au titre du Régime de Johnston Group à l'intention des membres de la haute direction à la retraite, une personne peut souscrire un régime assorti de garanties moins élevées. Le changement entrera en vigueur à la plus éloignée des dates suivantes : le premier jour du mois qui suit la réception de la demande ou la date du troisième anniversaire de votre adhésion au régime. Veuillez sélectionner les régimes ou options que vous voulez souscrire.

Je souscris actuellement des garanties au titre du Régime A.
Je souhaite désormais passer au Régime B ou au Régime C .

Je souscris actuellement des garanties au titre du Régime B.
Je souhaite désormais passer au Régime C .

Je souscris actuellement l'option avec médicaments.
Je souhaite désormais passer à l'option sans médicaments .

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 possèdent 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. 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 CLUMIS, 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.