

PREUVE D'ASSURABILITÉ

Informations générales

Nom du participant _____ Date de naissance _____
AAAA/MM/JJ

Adresse _____ Femme Homme

Ville _____ Province _____ Code postal _____ Numéro de téléphone (_____) _____

Demande de protection pour : moi-même moi-même ET conjoint
 moi-même ET enfants à charge moi-même, conjoint ET enfants à charge

Renseignements sur le conjoint (À remplir par le conjoint si l'assurance du conjoint est demandée.)

Nom de famille _____ Date de naissance _____
AAAA/MM/JJ

Prénom(s) _____ Femme Homme

Renseignements sur les enfants à charge (À remplir si l'assurance des enfants à charge est demandée.)

Nom de famille _____ Date de naissance _____
AAAA/MM/JJ

Prénom(s) _____ Femme Homme

Nom de famille _____ Date de naissance _____
AAAA/MM/JJ

Prénom(s) _____ Femme Homme

Nom de famille _____ Date de naissance _____
AAAA/MM/JJ

Prénom(s) _____ Femme Homme

Questionnaire médical (Veuillez répondre à toutes les questions complètement.)

Veuillez cocher la case si une personne pour laquelle la demande est présentée (vous, votre conjoint ou l'un de vos enfants à charge) a consulté un médecin, subi des examens ou des tests, reçu un diagnostic, été traitée ou hospitalisée ou reçu des recommandations pour un traitement au cours des cinq dernières années pour l'une des affections suivantes. Si vous répondez « OUI » à l'une des questions, veuillez encadrer l'affection dont il est question.

MOI-MÊME

Nom et adresse au complet du médecin personnel _____

Date de votre dernière visite _____ Raison _____

Taille _____ Poids _____

CONJOINT

Nom et adresse au complet du médecin personnel _____

Date de votre dernière visite _____ Raison _____

Taille _____ Poids _____

ENFANTS À CHARGE

Nom et adresse au complet du médecin personnel _____

Date de votre dernière visite _____ Raison _____

Taille _____ Poids _____

	MOI-MÊME	CONJOINT	ENFANTS À CHARGE
1. Souffrez-vous, vous ou l'une de vos personnes à charge, d'une déficience ou d'une malformation physique?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Souffrez-vous, vous ou l'une de vos personnes à charge, d'une maladie ou d'une blessure récurrente, que vous ayez consulté un médecin ou non?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Avez-vous, vous ou l'une de vos personnes à charge, subi une intervention chirurgicale, ou avez-vous des raisons de croire qu'une intervention chirurgicale sera nécessaire dans l'avenir?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Avez-vous, vous ou l'une de vos personnes à charge, consulté un praticien au cours des deux dernières années ou devrez-vous le faire dans un avenir prévisible?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

PREUVE D'ASSURABILITÉ (SUITE)

Précisions (Veuillez donner des précisions pour chaque réponse « OUI » donnée ci-dessus.)

Question numéro	Personne souffrant de l'affection	Affection/Diagnostic	Traitement (Chirurgies/Médication)	Dates du traitement Du / Au	Traitement en cours ou date du rétablissement	Nom, lieu ou n° de téléphone du médecin, de l'hôpital ou de l'institution

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

Je déclare, par la présente, que les réponses et énoncés qui précèdent sont véridiques et complets. Je conviens que l'assurance demandée n'entrera en vigueur que lorsque la compagnie d'assurance aura approuvé ma demande.

J'autorise Johnston Group à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration du régime d'assurance, de l'évaluation, de l'investigation, du traitement des demandes de règlement, de la tarification et de l'établissement de l'admissibilité au régime. La liste des sources non exhaustive 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 régime.

J'ai été avisé(e) 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 ou auprès de l'administrateur de mon régime d'assurance collective. Je conviens que toute photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du participant _____ Date _____

**CENTRE DE SERVICE, 1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4
1 888 558-7609 • info@johnstongroup.ca**