

DEMANDE D'ADHÉSION

À l'usage exclusif de l'administration

Admissibilité confirmée _____ Numéro d'entreprise _____

Date d'effet de la protection _____ Numéro de certificat _____

Renseignements généraux et confirmation de la protection antérieure

Nom de famille du demandeur _____ Prénom _____ Initiale _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Numéro de téléphone _____ Adresse de courriel _____

Langue préférée : Français Anglais

L'admissibilité au présent régime est réservée aux personnes ayant agi en qualité de propriétaires d'entreprise, principaux dirigeants et membres de la haute direction au cours des cinq ans qui précèdent leur départ à la retraite, et ayant été couvertes par un régime administré par Johnston Group inc. au cours des deux dernières années.

Veillez indiquer le nom du régime (actuel ou antérieur) administré par le Régime des chambres de commerce, Avantage Maximum ou Johnston Group inc. au titre duquel vous avez souscrit une protection :

Nom de l'entreprise _____

Numéro de l'entreprise _____ Numéro de certificat _____ Date d'expiration de la protection (AAAA/MM/JJ) _____

Veillez indiquer le nom de la personne-ressource du régime administré par le Régime des chambres de commerce, Avantage Maximum ou Johnston Group inc., auprès de laquelle nous pourrions vérifier votre admissibilité :

Nom _____ Numéro de téléphone _____

Titre _____ Adresse de courriel _____

Sélection du régime

Je souhaite souscrire la protection suivante à l'intention des retraités :

- Régime A avec l'une des options ci-contre : Avec assurance-médicaments Sans assurance-médicaments
- Régime B avec l'une des options ci-contre : Avec assurance-médicaments Sans assurance-médicaments
- Régime C avec l'une des options ci-contre : Avec assurance-médicaments Sans assurance-médicaments

Pour qu'une personne soit admissible aux prestations relatives à l'assurance médicale en cas d'urgence lors de voyages, la police doit avoir été en vigueur avant le départ. Si la personne est à l'étranger lorsque la police d'assurance entre en vigueur, elle ne pourra bénéficier de cette protection que lorsqu'elle retournera dans sa province de résidence.

Personnes devant souscrire la protection

Les personnes couvertes au titre du régime collectif d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires susmentionné sont admissibles à la protection à l'intention des retraités. Veuillez indiquer le nom des personnes qui souhaitent souscrire la protection :

L'assurance maladie d'une personne à charge qui est hospitalisée à la date à laquelle son assurance prendrait normalement effet, autre qu'un nouveau-né, sera différée jusqu'au premier jour suivant immédiatement sa sortie de l'hôpital.

Est-ce que vous ou vos personnes à charge possédez une autre assurance? Non Oui. Le cas échéant, veuillez indiquer :

Nom de la compagnie d'assurance _____ Numéro de police _____

Type de couverture souscrite _____

Personne	Prénom et nom de famille	Sexe (H/F)	Date de naissance AAAA/MM/JJ
Demandeur			
Conjoint			
Enfant à charge*			
Enfant à charge*			

*Les **étudiants ayant dépassé l'âge limite** doivent remplir le formulaire intitulé *Demande de protection pour personnes à charge ayant dépassé l'âge limite*. Pour être admissibles à la protection, **les personnes à charge handicapées ayant dépassé l'âge limite** doivent remplir le formulaire intitulé *Demande de protection pour personnes à charge handicapées ayant dépassé l'âge limite* avant d'atteindre l'âge limite fixé pour les personnes à charge. Veuillez communiquer avec notre bureau pour obtenir le ou les formulaires nécessaires.



DEMANDE D'ADHÉSION

Paiement

Vous trouverez ci-joint le paiement de la prime initiale au montant de _____ \$ payable à Johnston Group inc., qui représente le montant de la prime relative à une protection d'une durée d'un mois et établie en fonction du barème des tarifs en vigueur.

J'autorise, par la présente, Johnston Group inc., par l'entremise de la Banque Toronto-Dominion, à prélever un montant sur le compte bancaire indiqué ci-dessous le 1^{er} jour du mois. Je recevrai par la poste un avis du prélèvement environ trois jours ouvrables avant le premier jour du mois. Je ne recevrai toutefois pas d'avis pour les mois ultérieurs si le montant ne change pas.

Je comprends que la présente entente contractuelle (entente) peut être révoquée en tout temps moyennant un préavis écrit de 30 jours. Je comprends que j'ai certains droits de recours si le montant prélevé ne correspond à celui indiqué dans l'entente. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout montant qui a été prélevé sans autorisation ou qui ne respecte pas les conditions de l'entente. Je comprends également que je peux obtenir de plus amples renseignements sur mon droit d'annulation de la présente convention ou sur mes droits de recours en communiquant avec mon institution financière ou en visitant www.paiements.ca.

Nom de l'institution financière _____

Adresse de la succursale _____ Ville _____ Province _____

Afin d'assurer l'exactitude de tous les renseignements nécessaires, prière de joindre un chèque spécimen portant la mention « **Nul – Paiement de la prime** ».

Autorisation de dépôt direct des prestations d'assurance soins médicaux et dentaires

Par la présente, j'autorise Johnston Group inc., à déposer automatiquement les paiements de prestations dans :

- le compte bancaire indiqué sur le chèque spécimen ci-joint, ou
- un compte chèque différent indiqué ci-dessous :

Nom de l'institution financière _____

Adresse de la succursale _____ Ville _____ Province _____

Afin d'assurer l'exactitude de tous les renseignements nécessaires, prière de joindre un chèque spécimen portant la mention « **Nul – Dépôt direct** ».

Déclaration et autorisation

Je demande par la présente la protection du régime à l'intention des retraités. J'atteste que les renseignements fournis dans la présente sont exacts et complets et que j'étais couvert par la garantie collective d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires indiquées ci-dessus au cours des derniers 60 jours. Je comprends que pour être admissibles à la protection, nous devons, moi et mes personnes à charge, être actuellement couverts par le régime d'assurance maladie provincial et le demeurer. J'autorise, par la présente, Co-operators Compagnie d'assurance-vie, Johnston Group inc., ses conseillers et fournisseurs de services à utiliser les renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion 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, au sujet de mon conjoint ou mes enfants à charge. Je confirme que je suis autorisé à agir au nom de mon conjoint et de mes personnes à charge à ces fins. Je conviens que toute photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'originale et que cette autorisation restera en vigueur tant que je serai assurable au titre de ce régime d'assurance.

Signature du demandeur _____ Date _____

Veuillez retourner la présente demande dûment remplie et la prime du premier mois à l'adresse suivante :

Régime à l'intention des retraités
Centre de service national
1051, rue King Edward
Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4

Co-operators Compagnie d'assurance-vie et Johnston Group inc. s'engagent à protéger la vie privée, la confidentialité, l'exactitude et le maintien des renseignements personnels qu'ils collectent, utilisent, retiennent et divulguent dans le cadre de leurs activités commerciales.

CENTRE DE SERVICE NATIONAL

1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4 • 1 888 558-7609



Membre platine