



A) RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE

No de certificat: _____

Nom (Prénom, nom de famille): _____
Adresse: _____

Adresse courriel: _____

Dépôt direct? Oui Non

Si vous désirez que votre remboursement soit déposé directement dans votre compte bancaire, veuillez inclure un spécimen de chèque portant l'inscription «mul».

B) RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

Nombre de reçus inclus: _____ Montant total de la demande: _____ \$

- 1) Est-ce que cette demande est le résultat d'un accident à vos dents? Oui Non
2) Est-ce que cette demande est le résultat d'une urgence médicale survenue lors d'un voyage hors de votre province de résidence? Oui Non
Si vous avez répondu OUI à l'une des deux questions ci-dessus, veuillez fournir les dates et détails sur une pièce séparée.

C) RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE (Y COMPRIS CONJOINT(E))

Nom (Prénom, nom de famille)	Date de naissance	Lien de parenté	Sexe	Étudiant(e)*	Année scolaire

* Les personnes à charge âgées de 21 ans et plus sont admissibles aux garanties, dans la mesure où elles sont inscrites à titre d'étudiant(e)s à temps plein auprès d'une école, collège ou université accrédité(e). La période d'assurance s'étendra jusqu'au 31 août de la présente année scolaire, jusqu'à l'âge maximal permis en vertu de la définition d'une personne à charge étudiante, ou jusqu'à la cessation de la garantie. Une preuve du statut d'étudiant à temps plein peut être demandé en tout temps.

D) COORDINATION DES PRESTATIONS

Avec la coordination des indemnités, vous pourriez être remboursé jusqu'à 100 % pour vos dépenses admissibles. S'il y a lieu, veuillez indiquer le niveau de protection, individuel/couple/famille, que votre conjoint(e) ou personne à charge pourrait avoir en vertu du régime de tout autre assureur.

Nom du membre de la famille : _____ Protection : _____
Nom du membre de la famille : _____ Protection : _____

J'autorise l'administrateur du régime, Johnson Inc., à recueillir et partager mes renseignements personnels et/ou ceux de mes personnes à charge, afin de traiter la présente demande de règlement et afin d'administrer mon régime collectif d'avantages sociaux. Je comprends que tout renseignement personnel obtenu par Johnson Inc. sera gardé en toute confiance et que Johnson Inc. ne partagera mes renseignements personnels que lorsqu'il sera nécessaire. J'autorise les personnes suivantes à partager avec Johnson Inc., tout renseignement personnel qu'elles possèdent à mon sujet, ainsi qu'entre elles-mêmes : tout professionnel de la santé, tout établissement médical ou fournisseur de soins de santé/dentaires, tout régime provincial d'assurance maladie, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, mon employeur actuel ou antérieur, toute agence gouvernementale, toute société de vérification ou d'investigation/enquête indépendante et toute institution financière. Je reconnais avoir accès à des renseignements plus détaillés au sujet des politiques de Johnson Inc., visant la collecte, l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels à www.johnson.ca. Je certifie que l'information indiquée au présent formulaire est, en autant que je sache, véridique et complète. Une copie de cette autorisation sera considérée aussi valide que son original.

Signature du membre: _____ Date de la signature: _____

Veuillez poster le formulaire de demande de règlement dûment rempli et les reçus à:

Johnson Inc., Services de demandes de règlement
1595-16e Avenue, Bureau 700
Richmond Hill, Ontario
L4B3S5
1-800-638-4753 (sans frais)
905-764-4888

