

### 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: \_\_\_\_\_ \$

Est-ce que cette demande est le résultat d'un accident à vos dents? Oui  Non

Si vous avez répondu OUI, 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, collègue 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 prestations, 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](http://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.

Certains de vos renseignements personnels sont susceptibles d'être conservés ou traités par un ou plusieurs fournisseurs de services à l'extérieur du Canada. Pour plus de renseignements au sujet de nos politiques et de nos pratiques concernant notre utilisation des renseignements personnels et des fournisseurs de service à l'extérieur du Canada, veuillez communiquer avec notre agent de la protection de la vie privée. Vous trouverez notre énoncé complet de la protection de la vie privée ainsi que les coordonnées de notre agent de la protection de la vie privée au [www.johnson.ca](http://www.johnson.ca).

Signature du membre: \_\_\_\_\_

Date de la signature: \_\_\_\_\_

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

Johnson Inc.  
CP 4287 SUCC A  
Toronto ON M5W 5X1

1-877-406-9007 (sans frais)  
[rtoero.johnson.ca/fr](http://rtoero.johnson.ca/fr)