

Proposition d'assurance pour le Régime d'assurance santé personnelle Johnson

Des garanties d'assurance individuelle pour soins médicaux et soins dentaires

Usage réservé à Johnson Inc.

Nom du Promoteur
Du Régime:

Numéro d'identification
du Promoteur:

Numéro d'identification
Pour GSC: **JAC**

Remarque: Le Régime est administré par Johnson Inc. alors que Green Shield Canada se charge de la gestion des risques et des demandes de règlement

REPLISSEZ CE FORMULAIRE EN ENTIER – EN CARECTÈRE D'IMPRIMERIE

PARTIE A – Renseignements sur le (la) proposant(e)

Prénom			Initiales		Nom de famille		
Adresse - Rue/apt.							Sexe
							<input type="checkbox"/> Masculin
Ville							<input type="checkbox"/> Féminin
				Province	Code postal		
Date de naissance			No de carte du Régime d'assurance Maladie provincial/territorial			Numéro de téléphone de jour	
Jour	Mois	Année				Code régional	
Nom de l'employeur/ association							
Adresse courriel							

Partie B – Renseignements sur les protections

- Je déclare que mon (ma) conjoint(e), mes enfants à charges et moi-même bénéficions des protections d'un Régime provincial /territorial d'assurance maladie.
- a) Je désire/ nous désirons souscrire la protection : Célibataire Couple Famille
b) Je choisis/Nous choisissons: Régime Optimal (*Soins médicaux, médicaments sur ordonnance, soins dentaires*)
 Régime Préférentiel (*Soins médicaux, médicaments sur ordonnance, soins dentaires non inclus*)
 Régime Standard (*Soins médicaux et soins dentaires; médicaments sur ordonnance non inclus*)
- a) Êtes-vous ou étiez-vous assuré(s) au titre d'un autre type régime d'assurance pour soins santé? Oui Non
b) Si Oui, veuillez préciser le type de régime Régime d'assurance santé collective ou Régime d'assurance santé individuelle
c) Quelle est /était la date de cessation des protections? Jour: _____ Mois: _____ Année: _____
d) Nom de l'assureur:

Partie C – Renseignements sur le (la) conjoint(e) et les personnes à charge

Prénom	Nom de famille	No de carte Régime d'assurance maladie Provincial/territorial	Sexe M / F	Date de naissance Jour / Mois / Année	Étudiant(e) de 21 – 25 ans Oui / Non	Déficiência fonctionnelle Yes / No
Conjoint(e)/Partenaire:						
Personne à charge:						
Personne à charge:						

Remarque: Si les cases prévues sont insuffisantes, veuillez fournir les renseignements nécessaires sur une feuille distincte que vous devez dater et signer.

Partie D – Déclaration sur l'état de santé et les médicaments sur ordonnance

Remplissez la PARTIE D si vous désirez souscrire le Régime Optimal ou le Régime Préférentiel. Si vous souscrivez le Régime Standard, veuillez passer à la PARTIE E.

Green Shield Canada se réserve le droit d'effectuer une vérification des demandes de règlement afin de confirmer l'exactitude.

1. Est-ce que vous, votre conjoint(e) ou partenaire et/ou l'autre des personnes à charge identifiées, avez été hospitalisés au cours des deux(2) dernières années?

Proposant(e): Oui Non
 Conjoint(e)/Partenaire: Oui Non
 Personne à charge: Oui Non

2. Est-ce que vous, votre conjoint(e) ou partenaire et/ou l'une ou l'autre des personnes à charge identifiées, anticipez être hospitalisés?

Proposant(e): Oui Non
 Conjoint(e)/Partenaire: Oui Non
 Personne à charge: Oui Non

Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une ou l'autre des questions 1 et 2 ci-dessus, veuillez donner les précisions suivantes :

Prénom de l'individu	Date de l'affectation médicale, la blessure ou l'hospitalisation (mois/année)	Nombre de jours d'hospitalisation actuels ou anticipés	Détails de l'affectation médicale / la blessure et les résultats

Remarques: Si les cases prévues sont insuffisantes, veuillez fournir les renseignements nécessaires sur une feuille distincte que vous devez dater et signer.

3. Est-ce que vous, votre conjoint(e) ou partenaire et/ou l'autre des personnes à charges identifiées, avez DÉJÀ durant votre vie, reçu un traitement, consulté un médecin ou un spécialiste ou reçu des conseils d'un de ces derniers pour les affectations médicales qui suivent ou avez-vous déjà présenté des symptômes? Veuillez encercler Oui(O) ou Non(N) pour chaque catégorie d'affectations médicales ET encerclez la ou les affectations médicales applicables.

Affectations médicales	Proposant(e)	Conjoint(e)/Partenaire (s'il y a lieu)	Personne à charge (s'il y a lieu)
a) Troubles anxiété, mentaux ou émotionnels; dépressions : maladie d' Alzheimer; démence; maladie de Parkinson; ou troubles cérébraux/paralysie	O / N	O / N	O / N
b) Troubles s'estomac, des intestins, des reins, de la vessie ou du foie (incluant l'hépatite)	O / N	O / N	O / N
c) Trouble des organes de reproduction; stérilité; ou ménopause	O / N	O / N	O / N
d) Colite; maladie de crohn; syndrome du colôn irritable; ulctable; ulcères; hernie; reflux;ou brûlements d'estomac persistants	O / N	O / N	O / N
e) Troubles cardiaques, circulatoires ou vasculaires; hypertension artérielle; angine; accident vasculaire cérébrale; ou AIT	O / N	O / N	O / N
f) Taux de cholestérol élevé	O / N	O / N	O / N
g) Alcoolisme ou toxicomanie	O / N	O / N	O / N
h) dermatose (incluant acné, acné rosacée et eczéma)	O / N	O / N	O / N
i) SIDA; syndrome associé au SIDA; VIH; ou autres troubles immunologiques	O / N	O / N	O / N
j) Arthrite/ rhumatisme; ostéoporose; perte de la densité osseuse; douleur dorsales, articulaires ou musculaires.	O / N	O / N	O / N
k) Affectations pulmonaires/ respiratoires, y compris les maladies pulmonaires obstructives chroniques; l'asthme; ou les allergies	O / N	O / N	O / N
l) Maux de tête/migraines	O / N	O / N	O / N
m) Cancer, tumeur ou leucémie	O / N	O / N	O / N
n) Infections ou maladie transmises sexuellement (ITS ou MTS) ou infections récurrentes (y compris l'herpès et les feux sauvages)	O / N	O / N	O / N
o) Diabète, troubles endocriniens, hormonaux ou de la thyroïde	O / N	O / N	O / N
p) Trouble déficitaire de l'attention ou trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité	O / N	O / N	O / N
q) Glaucome	O / N	O / N	O / N
r) Autre affectations médicales; trouble médicaux; ou blessures non identifiés ci-dessus. Si Oui, veuillez préciser:	O / N	O / N	O / N

Remarque: Une version modifiée du régime choisi pourrait s'appliquer selon les renseignements médicaux fournis

Si vous avez répondu par l'affirmative pour l'une ou l'autre des affectations médicales de la question 3, veuillez donner les précisions suivantes:

Letter (a-r) applicable	Prénom de l'individu	Nature de l'affection médicale ou blessure	Date de la première visite/du dernier traitemen Mois/ Année	Date de la dernière visite/ du dernier traitement Mois/Année	Médicaments et/ ou traitement	Résultat de la dernière consultation / état actuel

Remarque: Si les cases prévues sont insuffisantes, veuillez fournir les renseignements nécessaires sur une feuille distincte que vous devez dater et signer.

4. Actuellement, est-ce que vous, votre conjoint(e) ou partenaire et/ou l'une ou l'autre des personnes à charge identifiées, prenez ou utilisez des médicaments sur ordonnance, avez un médicament sur ordonnance autorisé pour renouvellement ou bientôt anticipez avoir à prendre un ou des médicaments sur ordonnance? Les médicaments sur ordonnance incluent les médicaments pris par voie buccale, les injections, les crèmes, les gouttes ou les sérums.

Proposante: Oui Non

Conjoint(e)/ partenaire: Oui Non

Personne à charge: Oui Non

Si vous avez répondu par l'affirmative, veuillez donner les précisions suivantes :

First name of person	Name of drug/medication/ serum/cream	Strength and daily dose of the drug/medication/ serum/cream	Daily dosage of the drug/medication/ serum/cream	Length of time on this drug/medication/ serum/cream	Number of refills per year

Remarque: Si les cases prévues sont insuffisantes, veuillez fournir les renseignements nécessaires sur une feuille distincte que vous devez dater et signer.

5. Est-ce que vous, votre conjoint(e) ou partenaire et/ou l'une ou l'autre des personnes à charge identifiées, avez consulté un médecin annuellement au cours des deux (2) dernières années?

Proposant(e): Oui Non

Conjoint (e)/ partenaire: Oui Non

Personne à charge : Oui Non

Veuillez fournir le nom et le numéro de téléphone du médecin qui détient l'historique le plus complet de vos antécédents médicaux. Si vous n'avez pas de médecin, veuillez inscrire «AUCUN»

Non du médecin/ centre médical : _____ Numéro de téléphone: () _____

L'engagement de Johnson Inc. envers votre vie privée.

Vos renseignements personnels sont recueillis afin de vous fournir des prestations pour soins médicaux et soins dentaires, et dans le but d'effectuer le paiement et l'analyse des demandes de règlement. Pour vous renseigner davantage au sujet de la politique sur la protection de la vie privé et des procédures de Johnson Inc., visitez le site Web johnson.ca

PARTIE E – Déclarations et autorisation (veuillez lire et signer ci-dessous)

Votre proposition d'assurance dûment remplie doit être postée à Johnson Inc. accompagnée d'un exemplaire de chèque figurant l'inscription «NUL». Prenez soin de remplir toutes les parties de la proposition d'assurance, à défaut de quoi celle-ci vous sera retournée.

1. Selon le présent formulaire, je (le (la) préposant(e)), fais une demande d'assurance auprès de Green Shield Canada.
2. J'atteste avoir obtenue le consentement nécessaire à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels requis concernant mon (ma) conjoint(e) et/ou mes personnes à charge afin de déterminer leur admissibilité aux garanties.
3. En apposant ma/notre signature sur la présente proposition d'assurance, je certifie/nous certifions que tous les renseignements y étant fournis sont complets et véridiques, y compris sans pourtant s'y limiter, la Déclaration sur l'état de santé, et que cette proposition d'assurance ainsi que tout autre formulaire que j'ai/nous avons signé dans le cadre de la présente demande d'assurance constituent la base de tout Contrat émis en vertu des présentes.
4. Je comprends/nous comprenons que les renseignements médicaux fournis doivent être exacts le jour où la proposition d'assurance est signé et que toute fausse déclaration ou falsification quelconque des renseignements pourrait, à la seule discrétion de Green Shield Canada, entraîner l'annulation des garanties d'assurance.
5. Il est entendu et convenu que je suis /nous sommes dans l'obligation d'aviser Johnson Inc. de tout changement touchant l'état de santé d'une ou l'autre des personnes identifiées à la partie c, attribuable soit à une blessure ou une affection médicale survenant après la date de ma /notre demande d'assurance et avant la date d'entrée en vigueur des protections.
6. Je comprends/Nous comprenons que les exclusions et restrictions s'appliquent à l'assurance que je désire/nous désirons souscrire.
7. Je comprends/Nous comprenons que selon les renseignements médicaux fournis doivent être refusée ou modifiée pour exclure certaines affections médicales.
8. J'autorise/Nous autorisons tout médecin, dentiste praticien, hôpital, clinique ou autre établissement de soins médicaux ou de services liés à nos soins médicaux, toute compagnie d'assurance ou tout autre organisme, établissement ou personne possédant tout dossier ou connaissance au sujet de ma santé, y compris celle de mon (ma) conjoint(e) et toute personne à charge inscrite, à partager de tels renseignements avec Green Shield Canada lorsque nécessaire aux fins de la gestion des demandes de règlement et/ou dans le but de valider l'exactitude des renseignements fournis.
9. Il est entendu et convenu que mes/nos renseignements pourraient être utilisés aux fins de vérification de mon adhésion ou affiliation au Promoteur du Régime et par voie de conséquence, mon admissibilité au Régime.
10. Je comprends/Nous comprenons que la protection entrera en vigueur le premier jour du mois suivant la réception de ma/notre proposition d'assurance dûment remplie (y compris la Déclaration sur l'état de santé) et la date d'approbation par Green Shield Canada.
11. J'autorise/Nous autorisons Johnson Inc. à percevoir le montant de la prime selon des prélèvements mensuels sur mon /notre compte bancaires trente (30) jours avant la date du paiement prévu, soit le ou autour du 5^e jour de chaque mois.
12. En outre, j'autorise/nous autorisons le prélèvement mensuel de la prime pour cette assurance, y compris les ajustements, arrrages et renouvellement afférents, sur mon/notre compte bancaire.
13. Advenant un changement touchant le montant ou la date du prélèvement, il est entendu et convenu que Johnson Inc. fournira un préavis écrit d'au moins trente (30) jours au (à la) proposant(e).
14. Je comprends/Nous comprenons qu'advenant la réception de deux avis d'insuffisance de fonds ou plus, Johnson Inc., l'administrateur du Régime, annulera mes/nos protections automatiquement.
15. Je reconnais/Nous reconnaissons que mes/nos protections seront automatiquement renouvelées selon les dispositions et conditions du Contrat applicable à la date dudit renouvellement, à moins d'avoir fourni un avis de résiliation à l'administrateur du Régime dans les 60 jours suivant le premier prélèvement de primes pour l'année d'assurance en question.
16. Il est entendu et convenu que mon/notre Contrat contiendra une déclaration de confidentialité détaillant la façon dont mes/nos renseignements personnels et les autres informations peuvent être recueillis, utilisés et divulgués entre Johnson Inc., Green Shield Canada, le Promoteur du Régime et tout autre tiers pertinent, dans le cadre de mes/nos protections, des demandes de règlements présentées au titre de ces protections et toute autre fins précisée. Pour de plus amples renseignements sur la protection de la vie privée, veuillez consulter les sites Web johnson.ca ou greenshield.ca.
17. Une copie des présentes Déclarations et autorisations sera présumée avoir le même degré de validité que l'original.
18. DÉBIT PRÉAUTORISÉ: J'autorise le prélèvement mensuel de la prime sur mon compte bancaire. Selon le temps requis pour le traitement de la proposition d'assurance et la date d'entrée en vigueur des protections, le premier prélèvement pourraient acquitter jusqu'à 3 mois de primes.

Si plus d'une signature est requise pour les chèques émis d'un compte joint, tous les titulaires doivent signer ci-dessous.

Signature du (de la) proposant(e) _____ Date (jj/mm/aa) _____

L'EXEMPLAIRE D'UN CHÈQUE DE MON / NOTRE COMPTE PERSONNEL FIGURANT L'INSCRIPTION «NUL» EST JOINT À LA PRÉSENTE.

Signature du (de la) conjoint(e) _____ Date (jj/mm/aa) _____
(Si l'assurance est souscrite)

Signature de l'autre titulaire de compte _____ Date (jj/mm/aa) _____
(2^e Signature pour compte joint)

Pour vous renseigner davantage, veuillez communiquer avec Johnson Inc. au:

Adresse: 1595 16th Avenue, Suite
700, Richmond Hill, ON L4B 3S5
Téléphone: 905.764.4959
Sans frais: 1.800.461.4155
Télécoieur: 905.764.4163

Website: www.personalhealth@johnson.ca

