

Si vous avez des questions concernant les régimes, si vous avez besoin d'aide pour remplir votre proposition d'assurance ou si vous devez soumettre un avis écrit de modification ou d'annulation, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime, Johnson Inc., au 1 833 460-8380 ou par courriel à pbservicewest@johnson.ca.

## 1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS – VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Prénom(s)		Nom de famille		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse (y compris le numéro d'appartement/d'unité)				Téléphone	
Ville	Province/territoire	Code postal	Adresse courriel		
Date de naissance (jour/mois/année) JJ   MM   AAAA		Numéro d'assurance maladie provincial			

## 2. RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME

### RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)\* :

Je souhaite m'inscrire au régime AMC :  Oui  Non      Choix de protection requise :  Individuelle  Couple  Familiale

Je suis déjà inscrit à un régime d'assurance médicaments :  Oui  Non

Option de médicaments sur ordonnance (sélectionnez une option) :

Option de médicaments A : 2 000 \$ par ménage par année civile     Option de médicaments B\*\* : 4 000 \$ par ménage par année civile

\* REMARQUE : Vous devez maintenir votre inscription au régime AMC pendant au moins 12 mois. Si votre province ou territoire de résidence offre un régime d'assurance médicaments, les protections de la présente assurance ne sont disponibles que si vous êtes inscrit(e) à ce régime d'assurance médicaments. \*\* REMARQUE : Lorsque vous choisissez l'option de médicaments B, vous devez demeurer adhérent au régime pendant 24 mois.

### ASSURANCE VOYAGE PRESTIGE (offerte uniquement avec l'AMC) :

Je souhaite m'inscrire à l'assurance voyage Prestige :  Oui  Non    Si « Oui », cochez les cases appropriées et entrez les renseignements demandés ci-dessous au besoin.

REMARQUE : Vous devez vous inscrire au régime AMC pour souscrire l'assurance voyage Prestige. Votre choix de protection (individuelle, couple ou familiale) en vertu de l'assurance voyage Prestige correspondra au choix de protection sélectionné en vertu du régime AMC.

Régime de base (sélectionnez une option) :  Régime de base 62 jours     Régime de base 93 jours

Cette assurance offre une couverture pour un nombre illimité de voyages au Canada, peu importe la durée, et un nombre illimité de voyages à l'extérieur du Canada d'une durée allant jusqu'à 62 ou 93 jours consécutifs, selon votre choix de Régime de base.

Option de franchise (sélectionnez une option) :  Aucune franchise     Franchise de 1 000 \$ (épargnez 10 % sur les primes du Régime de base)

Votre option de franchise ne peut être modifiée qu'au début de chaque nouvelle année d'assurance, soit le premier mai.

Régime complémentaire – pour un voyage unique de plus de 93 jours consécutifs à l'extérieur du Canada, y compris la date de votre départ du Canada pour cette période de plus de 93 jours consécutifs et la date de votre retour dans votre province ou territoire de résidence.

Un Régime de base 93 jours est requis pour souscrire un Régime complémentaire.

Date de départ du Canada | JJ | MM | AAAA      Date de retour dans votre province ou territoire de résidence | JJ | MM | AAAA

Les primes du Régime complémentaire sont fondées sur les paliers de durée totale du voyage, soit de 94 à 98, de 99 à 107, de 108 à 122, de 123 à 137, de 138 à 152, de 153 à 167, de 168 à 182, de 183 à 197 et de 198 à 212 jours. Par exemple, la prime pour un voyage de 99 jours serait la même que pour un voyage de 104 jours, puisque les Régimes complémentaires prévoient une prime fixe pour une durée totale du voyage allant de 99 à 107 jours.

### RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES\* :

Je souhaite m'inscrire au régime d'assurance soins dentaires (80 % services de base, 80 % services mineurs, 50 % services majeurs) :  Oui  Non

Choix de protection requise :  Individuelle  Couple  Familiale

\* REMARQUE : Vous devez demeurer inscrits au régime d'assurance soins dentaires pendant au moins 12 mois.

Cochez cette case si vous conservez d'autres protections d'AMC en plus du présent régime\*      Êtes-vous :  Membre  Conjoint(e)

Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_ Numéro de contrat : \_\_\_\_\_

\* REMARQUE : Si les protections en vertu d'un autre régime AMC existant sont conservées, celles du ou des régimes ici sélectionnés entreront en vigueur le premier jour du mois suivant la date de réception de cette proposition.

Si vous ne conservez pas de protections supplémentaires d'AMC lorsque vous passez du régime d'assurance collective offert par votre employeur ou de celui offert par l'employeur de votre conjoint(e) au présent régime, vous devez fournir la date de cessation dudit régime d'assurance collective (dans l'espace ci-dessous). Les protections du présent régime entreront en vigueur le jour suivant la cessation de votre régime d'assurance collective ou de celui de votre conjoint(e).

Date de cessation de votre régime d'assurance collective ou de celui de votre conjoint(e)\* : | JJ | MM | AAAA

\* REMARQUE : Les personnes qui étaient inscrites à un régime collectif d'AMC doivent présenter leur proposition d'assurance dans les 60 jours suivant la cessation du régime existant de l'employeur. Une preuve d'assurabilité est requise après le délai de 60 jours suivant la cessation du régime précédent.

Si vous avez sélectionné une protection couple ou familiale, veuillez fournir les renseignements ci-dessous concernant le/la conjoint(e) / la personne à charge :

Prénom(s)	Nom de famille	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Numéro d'assurance maladie provincial	Date de naissance JJ   MM   AAAA	Personnes à charge âgées de 21 ans ou plus <input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein âgé de 24 ans ou moins <input type="checkbox"/> Personne à charge handicapée
Prénom(s)	Nom de famille	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Numéro d'assurance maladie provincial	Date de naissance JJ   MM   AAAA	Personnes à charge âgées de 21 ans ou plus <input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein âgé de 24 ans ou moins <input type="checkbox"/> Personne à charge handicapée

Pour les personnes à charge supplémentaires, veuillez fournir les renseignements sur une page distincte.

### 3. PAIEMENT DES PRIMES ET REMBOURSEMENT DES DEMANDES DE RÈGLEMENT

**Prélèvement bancaire automatique.** J'autorise Johnson Inc., l'administrateur du régime, à effectuer des prélèvements mensuels (y compris les ajustements et les arriérés à moyen terme) sur le compte bancaire, de la société de fiducie ou de la caisse populaire indiqué sur le chèque. Les primes sont payables un mois à l'avance. Par exemple, le prélèvement du 5 avril couvre les primes dues pour le mois de mai. En raison du temps de traitement de la proposition d'assurance et de la date d'entrée en vigueur des protections, le premier prélèvement peut couvrir plus d'un mois de prime. Je comprends que mon contrat sera automatiquement annulé si Johnson Inc. reçoit au moins deux avis de fonds insuffisants dans mon compte.

**Dépôt direct pour les demandes de règlement.** J'autorise Johnson Inc. à déposer le remboursement de mes demandes de règlement d'assurance maladie complémentaire (AMC) et d'assurance soins dentaires directement dans mon compte bancaire.

J'ai joint un exemple de chèque portant la mention « ANNULÉ » à utiliser pour les prélèvements bancaires automatiques et le remboursement des demandes de règlement.

### 4. CONSENTEMENT ET SIGNATURE

**Je certifie par la présente** que je suis un membre en règle de Pioniers d'Air Canada et que mon admissibilité prend fin à la cessation de mon adhésion à Pioniers d'Air Canada.

**Je reconnais** que pour être admissible à l'assurance en vertu du régime d'assurance maladie complémentaire (AMC), du régime d'assurance soins dentaires et/ou de l'assurance voyage Prestige, je dois : a) être un membre, ou un(e) conjoint(e) ou une personne à charge d'un membre; b) être un résident canadien; et c) être assuré au titre de mon régime d'assurance maladie provincial ou territorial et je confirme que toutes les personnes énumérées sur la présente proposition sont admissibles au(x) régime(s) sélectionné(s).  
**Je reconnais également** que le régime AMC exige que les membres soient inscrits à leur régime d'assurance médicaments provincial (le cas échéant).

**Je comprends** que les protections de l'AMC, de l'assurance soins dentaires et de l'assurance voyage Prestige entreront en vigueur le jour suivant la fin de mon régime d'assurance collective actuel OU, si je conserve les protections en vertu de mon régime d'assurance collective actuel, le premier du mois suivant la date de réception de ma proposition d'assurance. Si je présente une proposition d'assurance en tant que proposant tardif, je comprends que les protections entreront en vigueur à la date à laquelle la proposition d'assurance remplie est approuvée par l'assureur.

**Je comprends également** que, à moins d'avis contraire écrit de Johnson Inc., les protections que j'ai choisies demeureront en vigueur pour chaque année d'assurance par la suite. Johnson Inc. m'avisera avant le début de chaque année d'assurance subséquente, soit le premier mai.

**J'autorise** mon « Groupe », les Pioniers d'Air Canada, mon « Administrateur de régime » Johnson Inc., mes « Assureurs », la Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances (collectivement, les « Fournisseurs ») à recueillir, utiliser, tenir à jour et divulguer mes renseignements financiers et médicaux, et autres renseignements personnels, y compris les renseignements relatifs à tout conjoint(e) ou personne à charge qui peut faire l'objet de la présente proposition (les « Renseignements »), aux fins de gestion et d'administration du régime d'assurance maladie complémentaire, du régime d'assurance soins dentaires et/ou de l'assurance voyage Prestige (les « Régimes ») et l'évaluation, l'enquête, la gestion, le traitement et/ou la souscription de la présente proposition et toute demande de règlement en vertu des Régimes (collectivement, les « Fins »). J'autorise toute personne disposant de Renseignements, y compris tout professionnel de la médecine et de la santé, établissement ou fournisseur, organisme de réglementation professionnel, tout employeur, administrateur de régime collectif, agence d'enquête d'assureur et tout administrateur d'autres programmes d'avantages sociaux à recueillir, utiliser, conserver et échanger ces Renseignements entre eux et avec les Fournisseurs et tout Administrateur de régime, assureur et/ou administrateur de remplacement approuvé par mon Groupe, aux Fins décrites par la présente. Je comprends qu'aucune protection n'entrera pas en vigueur avant d'avoir été approuvée par les Fournisseurs. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance maladie provincial et de tout numéro d'identification de membre du Groupe aux fins d'identification et d'administration. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon dont Johnson Inc. gère vos renseignements personnels, veuillez visiter : <https://www.johnson.ca/fr/protection-de-votre-vie-privée>. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon dont la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances gère vos renseignements personnels, veuillez visiter : <https://www.rsagroup.ca/fr/votre-vie-privée/politique-relative-a-la-vie-privée>.

Signature du proposant

Date

Signature du (de la) conjoint(e) (si le choix de protection pour couple ou familiale est sélectionnée)

Date

VEUILLEZ TRANSMETTRE VOTRE PROPOSITION D'ASSURANCE À : JOHNSON INC.  
ADMINISTRATION DE L'ASSURANCE COLLECTIVE  
P.O. BOX 4005, STN A  
TORONTO (ONTARIO) M5W 0M7

## CONVENTION DE RÉGIME DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA) PERSONNELS

**VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS REQUIS SUIVANTS (DOCUMENT PRÉPARÉ CONFORMÉMENT À LA RÈGLE HI DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DES PAIEMENTS), SIGNER LE DOCUMENT ET NOUS LE RETOURNER, ACCOMPAGNÉ D'UN CHÈQUE ANNULÉ. SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, NOUS VOUS PRIONS DE COMMUNIQUER AVEC JOHNSON INC.**

- Vous avez choisi d'acquitter la ou les primes exigibles pour votre régime d'avantages sociaux ou d'assurance voyage personnel par débits bancaires mensuels préautorisés (« prélèvement(s) » ou « débit(s) »). Si vous bénéficiez de plus d'un régime d'avantages sociaux ou d'assurance voyage avec Johnson Inc. (« Johnson ») (ou d'une assurance habitation et/ou assurance automobile) et utilisez le même compte bancaire pour le paiement des primes applicables, celles-ci seront combinées en un seul prélèvement mensuel, peu importe la date de renouvellement. Le prélèvement pourrait être sous le nom de Johnson/Unifund ou tel que précisé ci-dessous<sup>(\*)</sup>.
- Par la présente, j'autorise l'institution financière désignée à prélever sur mon compte bancaire, mensuellement, tous les montants payables à Johnson à l'égard de mon ou mes régimes d'avantages sociaux ou de ma ou mes polices d'assurance voyage. Il est entendu que tout changement à mes protections, y compris tout renouvellement subséquent ou tout ajout de nouvelles garanties, protections ou polices d'assurance, pourrait modifier le montant de la prime exigible, ce qui influencera le montant de mes prélèvements mensuels.
- **Il est entendu que je n'exigerai pas de préavis écrit de tout changement au montant des prélèvements lorsqu'il est le résultat d'une modification apportée à ma police d'assurance, mes protections ou garanties, advenant un paiement manqué ou lorsque le changement du montant est effectué selon mes instructions. Par ailleurs, un avis écrit de tout changement au montant des prélèvements me sera fourni dans tous les cas et à l'avance dudit changement lorsque possible.**
- La présente autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que Johnson ait reçu un avis de changement ou d'annulation de ma part. Je peux retirer ou modifier la présente autorisation à mon gré, en envoyant l'avis susmentionné à l'adresse indiquée ci-dessous, tout en assurant sa réception avant le 15 du mois afin que le changement puisse entrer en vigueur pour le prochain prélèvement prévu. Je peux obtenir de plus amples renseignements sur mon droit d'annuler une Convention de DPA et un spécimen de formulaire d'annulation auprès de mon institution financière ou en visitant [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).
- **Il est entendu qu'en me fournissant un préavis écrit, Johnson peut céder la présente autorisation à l'une ou l'autre de ses sociétés affiliées, successeurs ou ayants droit.**
- Je comprends avoir certains droits de recours, si un débit n'est pas conforme à la présente Convention. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui contrevient aux dispositions de la présente Convention de DPA. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement, ou de plus amples renseignements sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).
- Le présent document ne constitue ni un contrat ni une proposition d'assurance ou d'adhésion à un régime d'avantages sociaux. La présente Convention ne s'applique qu'à la méthode paiement. L'annulation de la présente Convention n'aura pas pour effet d'annuler mes contrats d'assurance ou régimes d'avantages sociaux.
- Vie privée : Je consens, en mon nom et au nom de tout autre assuré désigné en vertu de ma ou mes polices d'assurance, à la collecte, l'utilisation et la divulgation de nos renseignements personnels pour permettre l'échange de communications, l'évaluation de ma ou mes propositions d'assurance, le traitement des demandes de règlement, l'identification et la prévention de la fraude, la promotion d'autres produits et services liés aux assurances, les sondages auprès des assurés et pour satisfaire toute exigence réglementaire. Certains de vos renseignements personnels pourraient être conservés et (ou) traités par un ou plusieurs fournisseurs de services à l'extérieur du Canada. Pour vous renseigner davantage sur nos politiques et nos pratiques concernant notre utilisation des renseignements personnels et des fournisseurs de services auxquels nous faisons appel hors Canada, veuillez communiquer avec notre agent de la protection de la vie privée (« Agent »). Vous trouverez une version complète de notre Déclaration sur la protection de la vie privée ainsi que les coordonnées pour joindre notre Agent à [www.johnson.ca](http://www.johnson.ca)

### En caractères d'imprimerie

Nom de votre groupe :

Nom du détenteur de l'assurance :

Numéro civique :

Nom de la rue :

Ville :

Province :

Code postal :

Téléphone (résidence)

Téléphone (travail)

Poste

Téléphone (cellulaire)

### À l'usage du bureau seulement :

Numéro du groupe (pour usage interne seulement) :

Numéro de membre (pour usage interne seulement) :

Suite au verso

\* Le nom du débiteur qui figurera sur votre relevé bancaire pourrait être : Servus/Johnson, Meyer's Ins/Johnson Inc., Morgex/Johnson, ou Cummings-Cossit/Unifund.

**Renseignements financiers (en caractères d'imprimerie)**

Institution financière :

Numéro civique :

Nom de la rue :

Ville :

Province :

Code postal :

Nom du détenteur du compte :

**SIGNER  
ICI**

Signature du détenteur du compte :

Date (JJ/MM/AAAA) :

Pour un compte joint nécessitant plus d'une signature, tous les cotitulaires enregistrés doivent signer. Si vous décidez de communiquer par courriel ou par télécopieur, souvenez-vous que vos informations personnelles pourraient être mal acheminées ou interceptées.

**Veillez préciser les renseignements bancaires demandés ci-dessous**

Numéro de transit de la succursale	1 2 3 4 5	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8
	1 2 3 4 5	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE**

**Johnson Inc.**  
**Administration des assurances collectives - Ouest**  
C. P. 4005 SUCC A  
Toronto (Ontario) M5W 0M7  
Numéro sans frais : 1.833.460.8380  
Télécopieur : 1.866.226.1430

\* Le nom du débiteur qui figurera sur votre relevé bancaire pourrait être : Servus/Johnson, Meyer's Ins/Johnson Inc., Morgex/Johnson, ou Cummings-Cossit/Unifund.

## **EXPLICATION DES PRÉLÈVEMENTS BANCAIRES AUTOMATIQUES**

Acquitter vos primes par prélèvements bancaires mensuels automatiques est certes très pratique. Si tu avoir plusieurs produits avec Johnson Inc. (« Johnson ») et utilisez le même compte bancaire pour vos paiements de primes, tous les montants seront combinés en un seul prélèvement de primes, indépendamment de la date de renouvellement de chacune des polices d'assurance.

### **Prélèvements**

Qu'il s'agisse d'un seul versement ou de paiements mensuels égaux, les prélèvements sont effectués le 5 du mois, mais pourraient être portés au débit de votre compte quelques jours plus tard selon le délai de traitement requis par votre institution financière. Remarquez que votre premier prélèvement pourrait inclure les primes qui, selon la date d'entrée en vigueur de votre assurance, sont en arréage. Votre assurance demeurera en vigueur, sauf si vous y devenez inadmissible ou vous l'annulez.

### **Changements aux garanties et aux primes afférentes**

Tout changement apporté à une police d'assurance, notamment le renouvellement, la résiliation, l'ajout d'assurance supplémentaire et les changements de garanties, peut modifier le montant de la prime exigible et effectivement, le montant du prélèvement mensuel. Le cas échéant, nous vous ferons parvenir une lettre de Confirmation des protections qui détaillera ledit changement. Afin de modifier le prochain cycle de facturation en conséquence de tout changement requis, nous devons recevoir votre demande de changement ou d'annulation avant le 15 du mois. Pour vous renseigner davantage, communiquez avec votre superviseur de service selon les coordonnées fournies sur vos documents d'assurance.

### **Provision insuffisante ou arrêt de paiement**

Si notre demande pour le prélèvement de vos primes en date du 5 du mois est retournée par votre institution financière en raison de provision insuffisante ou en raison de fonds non libérés, nous tenterons de percevoir le même montant, du même compte, 5 à 7 jours ouvrables plus tard. Vous aurez donc une autre occasion de faire en sorte que les fonds nécessaires soient disponibles. Si cette deuxième tentative de paiement est également retournée, la situation sera traitée tel qu'il est précisé au prochain paragraphe. Remarquez que selon le type de compte bancaire que vous avez, votre institution financière pourrait exiger des frais de service chaque fois qu'une demande de prélèvement bancaire autorisé est retournée.

De notre côté, toute demande de prélèvement de primes retournée par votre institution financière en raison de provision insuffisante ou d'un arrêt de paiement (opposition à paiement) fera l'objet de frais administratifs. Le paiement manqué en plus de ces frais seront perçus lors du prochain prélèvement prévu. Si vous manquez plusieurs paiements de primes, votre ou vos polices d'assurance pourraient être résiliées par courrier recommandé, conformément aux exigences réglementaires provinciales. Vous pouvez également prendre les dispositions nécessaires pour ajouter une « protection contre les découverts » à votre compte bancaire pour éviter toute situation d'insuffisance de provision.

### **Important - Changement de compte bancaire**

Si vous anticipez un changement d'institution financière ou de compte bancaire, vous devez nous en informer avant le 15 du mois, afin de garantir que le prochain prélèvement soit effectué tel que prévu. Si ce n'est pas possible, nous vous suggérons d'attendre avant de fermer le compte utilisé pour vos paiements et d'y garder un montant suffisant pour couvrir le prochain prélèvement. Vous pourrez fermer le compte une fois que le paiement sera effectué.