

Inscription libre à l'assurance Invalidité de longue durée

Renseignements personnels

Nom complet de
l'employé(e)

Date de naissance
(j/m/a)

N° d'employé(e)

Adresse domiciliaire

Je souhaite souscrire à l'assurance invalidité de longue durée

Si vous avez des questions concernant votre protection en vertu du régime d'assurance collective de la FENB, n'hésitez pas à communiquer avec Johnson Inc. en composant le 506 458-1981 (local) ou le 1 888 851-5500 (sans frais) ou par courriel au pbadminnb@johnson.ca

Autorisation

Il est entendu que si je ne suis pas activement au travail à la date d'entrée en vigueur, l'assurance prendra effet à la date de retour à temps plein à mon emploi.

Par la présente, je demande à participer au Régime d'assurance collective de la FENB et j'autorise les retenues salariales ou les prélèvements bancaires nécessaires au paiement des primes. Afin d'établir mon admissibilité aux protections d'assurance collective et de permettre l'administration de celles-ci, j'autorise Johnson Inc. (et tout assureur pertinent, selon le cas) à recueillir et/ou divulguer tout renseignement personnel à mon sujet provenant de tout individu ou organisme, tels que les professionnels de la santé, les établissements ou les fournisseurs de soins médicaux/services ou soins dentaires, y compris les régimes provinciaux d'assurance maladie, les assureurs et réassureurs, le promoteur de mon régime actuel ou d'un régime antérieur, les sociétés gouvernementales ou les institutions financières). Relativement à ma demande d'assurance pour mon (ma) conjoint(e) ou les personnes à charge, je confirme mon consentement à la collecte, l'utilisation et la transmission de leurs renseignements personnels de la manière et aux fins indiquées précédemment. Je reconnais qu'il est possible d'en connaître davantage sur la façon dont Johnson Inc. recueille, utilise et partage mes renseignements personnels, ainsi que sur les motifs de cette collecte, cette utilisation et ce partage, à partir du site www.johnson.ca.

Il est entendu qu'advenant ma renonciation aux protections, il se peut que je ne puisse les obtenir à une date ultérieure, si je change d'avis. Mon admissibilité à l'une ou l'autre des protections demeure conditionnelle aux exigences et aux règles propres à la protection en question. Il est entendu que la décision de renoncer ou d'accepter la protection précisée au présent formulaire n'incombe à nul autre que moi. Je comprends qu'aucune demande de règlement pour des pertes ou des dommages résultants directement ou indirectement des options choisies et précisées au présent formulaire ou de ma participation au régime ne peut être présentée à l'encontre du Régime d'assurance collective de la FENB, des fiduciaires du Régime d'assurance collective de la FENB, ou de leurs successeurs, ou de tout fournisseur de services, employé ou représentant du régime ou des fiduciaires. En signant le présent formulaire, je, et mon/ma conjoint/e, le cas échéant, dégageons explicitement ces parties de toute obligation du genre. J'atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont, au meilleur de ma connaissance, exacts et complets.

Signature de l'employé(e) : _____

Date (j-m-a) : _____

JOHNSON 

Inscription libre à l'assurance invalidité de longue durée FENB