

Tous les demandeurs doivent remplir les SECTIONS A, B et C ainsi que les

SECTIONS E et F. Si vous faites une demande pour les régimes CLÉ 3, 4 ou 5, ET/OU pour l'option d'hospitalisation, veuillez aussi remplir la SECTION D.

**SECTION A Coordonnées**

Nom :	Prénom :	Initiale :
Adresse :	N° d'app. :	
Ville :	Province :	Code postal :
Tél. (Résidence) :	Tél. (Travail) :	Cellulaire :

\*Adresse de courriel (pour permettre à GSC de communiquer rapidement avec vous au sujet de votre demande et de vos garanties) :

**SECTION B Renseignements sur la couverture**

Je déclare que moi-même et mon (ma) conjoint(e)/partenaire ainsi que toutes nos personnes à charge indiquées ici sommes couverts par notre régime provincial d'assurance-maladie.

**Je demande/Nous demandons :**

- Couverture individuelle** S'applique au demandeur uniquement
- Couverture de couple** S'applique au demandeur et à son (sa) conjoint(e)/partenaire  
OU au demandeur et à un enfant à charge de moins de 21 ans
- Couverture familiale** S'applique au demandeur et à son (sa) conjoint(e)/partenaire et aux enfants à charge de moins de 21 ans

**Choisissez une option :**

- CLÉ 1       CLÉ 3
- CLÉ 2       CLÉ 4
- CLÉ 5

A : Êtes-vous ou avez-vous été couvert par un autre régime de soins de santé?  Oui  NonB : Si oui, veuillez indiquer la nature de la couverture :  Régime collectif  Régime individuel

C : Quand votre couverture a-t-elle pris fin? (AAAA/MM/JJ) :

 Ajoutez l'option d'hospitalisation  
(Veuillez remplir la SECTION D)

D : Nom de l'assureur :

**Prime mensuelle totale :** \$**SECTION C Personnes à couvrir Veuillez remplir complètement pour CHAQUE personne**

Nom	Prénom	Initiale	Sexe	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Âge
Demandeur :			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		
Conjoint(e)/partenaire :			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		
Enfant à charge : (de moins de 21 ans)			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		
Enfant à charge : (de moins de 21 ans)			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		
Enfant à charge : (de moins de 21 ans)			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		
Enfant à charge : (de moins de 21 ans)			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		

**Remarque :** Si vous avez besoin d'espace supplémentaire, veuillez joindre une feuille distincte datée et signée.**Réservé à l'usage du conseiller**

Code du conseiller :	Nom du conseiller (prénom et nom de famille) :	Adresse de courriel du conseiller :
Code du bureau :	Nom du bureau :	Numéro de téléphone du conseiller :
Code d'AGA :	Nom de l'AGA :	

## SECTION D Déclaration d'état de santé et renseignements sur les médicaments sur ordonnance

**1** Avez-vous, ou votre conjoint(e)/partenaire ou tout enfant à charge indiqué, **DÉJÀ** reçu un traitement, consulté un professionnel de la santé ou reçu des conseils d'un médecin ou spécialiste concernant l'une des maladies suivantes ou vécu un ou des symptômes liés à celle-ci? (Cochez  « Oui » ou « Non » pour chacune des questions **ET encerclez** le nom de la maladie, le cas échéant.)

	Demandeur	Conjoint(e)/partenaire	Enfant(s) à charge
A: Anxiété, dépression, insomnie, TDA/THADA, troubles de l'alimentation ou tout autre trouble émotionnel, de l'humeur, du comportement ou mental	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
B: Maladie d'Alzheimer, démence, maladie de Parkinson, crises épileptiques, évanouissements, sclérose en plaques, paralysie ou tout autre trouble neurologique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
C: Calculs rénaux, maladie rénale, cystite interstitielle, hypertrophie bénigne de la prostate ou tout autre trouble rénal, vésical ou prostatique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
D: Troubles hépatiques, y compris l'hépatite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
E: Infertilité, kyste ovarien, syndrome des ovaires polykystiques, fibromes utérins, menstruations irrégulières, ménopause ou tout autre trouble de l'appareil reproductif ou mammaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
F: Maladie de Crohn, colite ulcéreuse, syndrome du côlon irritable, ulcères, hernie, reflux ou brûlures d'estomac persistantes, ou tout autre trouble gastro-intestinal	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
G: Maladie cardiaque, AVC ou accident ischémique transitoire (mini-AVC), crise cardiaque, arythmie, angine de poitrine, hypertension artérielle, cholestérolémie élevée ou tout autre trouble circulatoire, cardiaque ou vasculaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
H: Alcoolisme ou dépendance à la drogue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
I: Troubles de la peau, y compris l'acné	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J: VIH, sida, complexe lié au sida ou tout autre trouble immunologique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
K: Arthrite, ostéoporose ou ostéopénie, douleurs au dos, articulations ou muscles, fibromyalgie ou tout autre trouble articulaire, osseux ou musculaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L: Allergies, asthme, MPOC, bronchite chronique, emphysème ou tout autre trouble respiratoire ou pulmonaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
M: Maux de tête chroniques ou migraines	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
N: Carcinome basocellulaire, masses, polypes, tumeurs, leucémie ou tout autre cancer	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
O: Boutons de fièvre, herpès ou toute autre maladie ou infection transmissible sexuellement (MTS ou ITS)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
P: Diabète ou glycémie élevée, hypothyroïdie, hyperthyroïdie, fatigue surrénale ou tout autre trouble endocrinien, hormonal ou thyroïdien	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Q: Glaucome, cataractes, syndrome de Ménière ou tout autre trouble de l'œil, de l'oreille ou de l'équilibre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
R: Toute maladie, affection ou blessure ou tout trouble non indiqués dans la liste ci-dessus – veuillez cocher ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Demandeur, Conjoint(e)/partenaire, Enfant(s) à charge et préciser ci-dessous :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous avez répondu « Oui » à l'une ou l'autre des maladies de la SECTION D-1 ci-dessus, veuillez indiquer la lettre correspondant à la question [A–R] et donner tous les détails ci-dessous :

Lettre	Prénom de la personne	Date(s) du diagnostic (AAAA/MM)	Médicaments / Traitement	Nature de l'affection, de la blessure ou de la maladie et résultats du traitement

**Remarque :** Si vous avez besoin d'espace supplémentaire, veuillez joindre une feuille distincte datée et signée.

2

Est-ce que vous, ou votre conjoint(e)/partenaire ou tout enfant à charge indiqué, prenez des médicaments sur ordonnance, détenez une prescription vous permettant de renouveler vos médicaments ou comptez devoir utiliser des médicaments sur ordonnance bientôt?  Oui  Non  
Les médicaments sur ordonnance comprennent les médicaments administrés par voie orale, les médicaments injectables, les crèmes, les gouttes et le sérum.

Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, veuillez donner tous les renseignements pertinents ci-dessous :

### Renseignements sur les médicaments sur ordonnance

Prénom de la personne	Nom du médicament	Numéro d'identification du médicament	Concentration	Dose quotidienne	Durée de l'utilisation de ce médicament	Nombre de renouvellements par année	Date du dernier renouvellement (AAAA/MM/JJ)

**Remarque :** Si vous avez besoin d'espace supplémentaire, veuillez joindre une feuille distincte datée et signée.

	Demandeur	Conjoint(e)/partenaire	Enfant(s) à charge
<b>3</b> Avez-vous, ou votre conjoint(e)/partenaire ou tout enfant à charge indiqué, été hospitalisé au cours des deux dernières années?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>4</b> Est-ce que vous, ou votre conjoint(e)/partenaire ou tout enfant à charge indiqué, devez être hospitalisé dans les six prochains mois?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous avez répondu « Oui » aux questions 3 ou 4, veuillez donner tous les renseignements pertinents ci-dessous :

Prénom de la personne	Maladie ou blessure	Date de la maladie, de la blessure ou de l'internement (AAAA/MM)	Nombre réel ou anticipé de jours passés à l'hôpital	Détails/résultats de la maladie ou de la blessure

**Remarque :** Si vous avez besoin d'espace supplémentaire, veuillez joindre une feuille distincte datée et signée.

	Demandeur	Conjoint(e)/partenaire	Enfant(s) à charge
<b>5</b> Avez-vous, ou votre conjoint(e)/partenaire ou tout enfant à charge indiqué, consulté un médecin chaque année au cours des deux (2) dernières années?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Veuillez fournir le nom et le numéro de téléphone du médecin qui détient la plus grande partie de vos dossiers médicaux. Si vous n'avez pas de médecin, indiquez « Aucun ».

Nom du médecin/de la clinique :

Tél. :

**SECTION E Renseignements sur les paiements (les demandes reçues sans paiements ne pourront être traitées)**

Le premier paiement pour la prime d'un mois sera prélevé dans votre compte lorsque votre demande d'adhésion aura été approuvée. Le prochain paiement (pour la prime d'un mois) sera prélevé à la date de début de votre couverture (date d'entrée en vigueur de votre couverture) ou approximativement à cette date, selon le jour de la semaine où tombe le premier jour du mois. Cela fera en sorte que vous aurez un mois d'avance sur vos paiements (et vos garanties). Les paiements subséquents seront prélevés le premier jour du mois ou aux environs de cette date. Vous pourrez commencer à utiliser vos garanties Assistant-santé à la date d'entrée en vigueur de votre couverture. Des questions sur les paiements? Appelez au 1 800 268-6613, poste 4461.

**Choisissez UN mode de paiement**

Carte de crédit préautorisée       MasterCard       Visa       American Express

Nom (tel qu'il apparaît sur la carte) : \_\_\_\_\_ Numéro de carte de crédit : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

**Compte bancaire** Veuillez joindre un chèque portant la mention « ANNULÉ »

S'agit-il d'un compte personnel ou d'entreprise?  Personnel  Entreprise

S'agit-il d'un compte conjoint?  Oui  Non Si « Oui », ce compte nécessite-t-il plus d'une signature?  Oui  Non

S'il faut deux signatures, veuillez fournir les renseignements pour les deux titulaires du compte :

1<sup>er</sup> titulaire du compte

2<sup>e</sup> titulaire du compte

Nom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Adresse (si différente de celle du 1<sup>er</sup> payeur) : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

**Autorisation de paiements** Je comprends (Nous comprenons) que je peux (nous pouvons) exercer certains recours si un des prélèvements n'est pas conforme à cette entente et que je peux (nous pouvons) obtenir un formulaire de demande de remboursement ou, pour obtenir plus de renseignements sur les recours possibles, que je peux (nous pouvons) communiquer avec ma (notre) institution financière ou consulter le site [www.payments.ca](http://www.payments.ca). J'autorise (Nous autorisons) par la présente GSC à prélever le montant des primes de mon (notre) compte indiqué ci-dessus le premier jour ouvrable du mois (ou environ) tel qu'indiqué ci-dessus. Si le montant de la prime ou la date d'exigibilité devaient changer, GSC en avisera par écrit le demandeur au moins trente (30) jours avant l'entrée en vigueur des changements. GSC peut mettre fin à la couverture si un prélèvement est refusé, quelle que soit la raison. Dans un tel cas, l'institution financière ne peut être tenue responsable. Je comprends (Nous comprenons) que cette autorisation demeurera valide jusqu'à ce qu'une demande d'annulation par écrit soit envoyée par le demandeur ou le(s) titulaire(s) de compte et reçue par GSC au moins dix (10) jours ouvrables avant la prochaine date d'exigibilité du prélèvement préautorisé. Je comprends (Nous comprenons) également que je peux (nous pouvons) obtenir un formulaire d'annulation ou plus de renseignements sur mes (nos) droits d'annuler cette entente de prélèvements préautorisés auprès de ma (notre) institution financière ou en consultant le site [www.payments.ca](http://www.payments.ca). Je déclare (Nous déclarons) et garantis (garantissons) que les renseignements bancaires et de compte susmentionnés sont complets et exacts et j'aviserai (nous aviserons) GSC dans les plus brefs délais de tout changement apporté à ces renseignements et toutes les personnes devant autoriser des prélèvements du compte indiqué ci-dessus ont autorisé les débits à être prélevés du compte en question conformément à cette demande d'adhésion.

**X Signature(s) requise(s) :**

Signature du titulaire du compte : \_\_\_\_\_ Date (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_

2<sup>e</sup> signature (si compte conjoint) : \_\_\_\_\_ Date (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_

**SECTION F Déclarations et autorisations — TOUS LES DEMANDEURS DOIVENT APOSER LEUR SIGNATURE**

**REMARQUE : Cette autorisation doit être signée par le demandeur et son (sa) conjoint(e)/partenaire (le cas échéant). Les renseignements fournis dans ce formulaire sont confidentiels.**

En signant ce formulaire de demande, j'atteste/nous attestons qu'à ma/notre connaissance, les déclarations contenues dans ce document sont véridiques et complètes et, avec tout autre formulaire que j'ai/nous avons signé dans le cadre de cette demande, constituent la base de toute couverture approuvée. Je suis autorisé(e) à divulguer des renseignements concernant mon conjoint (ma conjointe) ou partenaire et mes enfants à charge pour que leur admissibilité aux garanties puisse être déterminée. Je comprends/ Nous comprenons que le fait de ne pas divulguer ou de falsifier des renseignements sur ma santé ou celle de mon conjoint (ma conjointe) ou partenaire et celle de mes enfants à charge pourrait mener au refus d'une demande de règlement et à l'annulation ou à la modification de cette couverture. Si ma/notre demande concerne un régime qui nécessite une évaluation médicale, je comprends/nous comprenons que ma/notre police ne couvrira pas les blessures ni les problèmes de santé antérieurs à la date d'entrée en vigueur de la couverture. Il me/nous revient d'informer Green Shield Canada (GSC) de tout changement dans l'état de santé de toute personne dont le nom figure dans cette demande, par suite d'une blessure ou d'une maladie qui survient après la date de la demande d'adhésion et avant la date d'entrée en vigueur de la couverture. J'autorise/Nous autorisons tout médecin, dentiste, praticien, hôpital, clinique ou autre établissement médical, compagnie d'assurance ou autre organisation, institution ou personne ayant un dossier médical me concernant ou connaissant mon état de santé ou celui de mon conjoint (ma conjointe) ou partenaire ou celui de mes enfants à charge, à communiquer ces renseignements, au besoin, aux fins de la présente demande d'adhésion, de l'administration de mes/nos demandes de règlement, de l'accès aux autres services de GSC ou de la validation des renseignements en question auprès de GSC. Je comprends/Nous comprenons que des renseignements fournis à GSC puissent être transmis à mon/notre conseiller autorisé relativement à cette demande aux fins indiquées ci-dessus et d'administration de la police. Je comprends/Nous comprenons que mes/nos renseignements personnels puissent aussi être transmis à des fournisseurs de services de GSC qui en ont raisonnablement besoin pour fournir leurs services, aux fins indiquées ci-dessus. De plus amples renseignements sur les politiques et procédures de GSC en matière de confidentialité sont accessibles en ligne à [www.greenshield.ca](http://www.greenshield.ca). Une copie de la présente déclaration et autorisation est aussi valide que l'original.

**X Signature(s) requise(s) :**

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_ Date (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_

Signature du (de la) conjoint(e)/partenaire : \_\_\_\_\_ Date (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_

**RAPPORT DU CONSEILLER – Réservé à l'usage du conseiller/agent**

Je confirme avoir informé le demandeur des renseignements suivants : le nom de la ou des compagnies que je représente; le fait que je reçois des commissions pour la vente de produits de santé et dentaires, et peux recevoir des primes et autres incitatifs; et tout conflit d'intérêt que je peux avoir à l'égard de la présente transaction.

Nom du conseiller (prénom et nom de famille) : \_\_\_\_\_

Code du conseiller : \_\_\_\_\_

**X** Signature du conseiller : \_\_\_\_\_

**Veuillez envoyer les demandes d'adhésion à GSC, Équipe des produits individuels, 5140 Yonge St., Ste. 2100, Toronto, ON M2N 6L7**