

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 GreenShield Assurance 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 <i>S'applique au demandeur uniquement</i> Couverture de couple <i>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</i> Couverture familiale <i>S'applique au demandeur et à son (sa) conjoint(e)/partenaire et aux enfants à charge de moins de 21 ans</i> | Choisissez une option : LIEN 1 LIEN 2 LIEN 3 LIEN 4 |
| A : Êtes-vous ou avez-vous été couvert par un autre régime de soins de santé? Oui Non | |
| B : Quand votre couverture a-t-elle pris fin? (AAAA/MM/JJ) : | |
| C : Nom de l'assureur : | Prime mensuelle totale : \$ |

SECTION C – Personnes à couvrir – Veillez remplir complètement pour CHAQUE personne

| Nom | Prénom | Initiale | Sexe | Date de naissance (AAAA/MM/JJ) | Âge |
|--|--------|----------|-------------|--------------------------------|-----|
| Demandeur : | | | Homme Femme | | |
| Conjoint(e)/partenaire : | | | Homme Femme | | |
| Enfant à charge : (de moins de 21 ans) | | | Homme Femme | | |
| Enfant à charge : (de moins de 21 ans) | | | Homme Femme | | |
| Enfant à charge : (de moins de 21 ans) | | | Homme Femme | | |
| Enfant à charge : (de moins de 21 ans) | | | Homme Femme | | |

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

Veillez continuer et remplir les SECTIONS D et E.

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 : | |

Rappel : Les DEUX sections d'autorisation des paiements ET de déclaration doivent être signées.

SECTION D – 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 ^{er} titulaire du compte | | 2 ^e titulaire du compte | |
| Nom : | | Nom : | |
| Adresse : | | Adresse (si différente de celle du 1 ^{er} 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. J'autorise (Nous autorisons) par la présente GreenShield Assurance 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, GreenShield Assurance en aviserait par écrit le demandeur au moins trente (30) jours avant l'entrée en vigueur des changements. GreenShield Assurance 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 GreenShield Assurance 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. Je déclare (Nous déclarons) et garantis (garantissons) que les renseignements bancaires et de compte susmentionnés sont complets et exacts et j'aviserai (nous aviserons) GreenShield Assurance 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.



Signature(s) requise(s) :

Signature du titulaire du compte : Date (AAAA/MM/JJ) :
2^e signature (si compte conjoint) : Date (AAAA/MM/JJ) :

SECTION E – 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 que les déclarations contenues dans ce document sont véridiques et complètes et 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. 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 l'administration de mes/nos demandes de règlement, de l'accès aux autres services de GreenShield Assurance ou de la validation des renseignements en question auprès de GreenShield Assurance. Je comprends/Nous comprenons que des renseignements fournis à GreenShield Assurance 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 GreenShield Assurance qui en ont raisonnablement besoin pour fournir leurs services, aux fins indiquées ci-dessus. De plus amples renseignements sur les politiques et procédures de GreenShield Assurance en matière de confidentialité sont accessibles en ligne à www.greenshield.ca. Une copie de la présente déclaration et autorisation est aussi valide que l'original.



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 : | Signature du conseiller : |
|--|----------------------|---------------------------|

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