

# Demande

## Prism Precision<sup>MD</sup> and Prism Continuum<sup>MD</sup>

### Pour usage interne seulement

Numéro de badge	Approuvé par	Source/numéro d'identification d'agent
Date d'entrée en vigueur	Numéro de catégorie de facturation	Numéro d'identification GS

## Partie A

Choix de  
régime

**Vous, votre conjoint(e)/partenaire et toutes les personnes à charge indiquées doivent avoir une couverture pour soins de santé du gouvernement provincial pour pouvoir acheter l'un de ces régimes.**

**1** Je demande/Nous demandons une couverture de  célibataire  couple  famille

**2**

### PRISM PRECISION<sup>MD</sup>

P1  P2  P3  P4

Oui. Veuillez inclure l'hospitalisation (approbation et prime supplémentaire requises)

### PRISM CONTINUUM<sup>MD</sup>

(Vous devez vous retirer d'un régime collectif de soins de santé d'une société pour être admissible à ce programme)

C1  C2  C3  C4

## Partie B

Personnes  
à couvrir

**Les 3 sections doivent être remplies pour la personne présentant la demande, le(la) conjoint(e)/partenaire et les enfants à charge**

<b>1</b>	Nom de famille	<b>2</b>	Prénom	Initiale	<b>3</b> Date de naissance					
					Sexe	Année	Mois	Jour	Âge	
	Demandeur				E					
	Conjoint(e)/Partenaire				S					
	Enfant à charge				C					
	Enfant à charge				C					
	Enfant à charge				C					

**Veillez écrire  
clairement en  
caractères  
d'imprimerie**

**Les enfants à  
charge doivent  
avoir moins de  
21 ans**

## Partie C

Adresse  
postale

Nom de famille	Prénom	Initiale
App. n°	Adresse postale	
Ville	Prov	Code postal
Téléphone résidentiel ( )	Téléphone professionnelle ( )	
Adresse de courriel		
S'il faut d'autres renseignements, comment pouvons-nous vous contacter durant nos heures normales d'ouverture?		
<input type="checkbox"/> Téléphone résidentiel	<input type="checkbox"/> Téléphone professionnel	<input type="checkbox"/> Poste (Poste Canada) <input type="checkbox"/> Adresse de courriel

**Statut**  Célibataire  Couple  Famille  Autre \_\_\_\_\_ **Emploi du demandeur** \_\_\_\_\_

## Partie D

Autre  
couverture

1 Êtes-vous couvert ou étiez-vous couvert par un **régime collectif de soins de santé** au cours des 60 derniers jours?  Oui  Non

Si « oui », quand votre régime collectif de soins de santé se termine ou s'est-il terminé?

MM JJ DDDD

Nom de la compagnie d'assurance

N° ID

Nom de l'employeur précédent

2 Êtes-vous couvert, ou étiez-vous couvert par un **régime individuel de soins de santé**?  Oui  Non

Si « oui », quand votre régime individuel de soins de santé se termine ou s'est-il terminé?

MM JJ DDDD

Nom de la compagnie d'assurance

## Partie E

Information  
bancaire/  
compte

1 Est-ce un compte personnel ou d'affaires?  Personnel  Affaires

2 Est-ce un compte conjoint? Si « oui », ce compte conjoint exige-t-il deux signatures?  Oui  Non

Si deux signatures sont requises, veuillez fournir l'information pour les deux détenteurs de compte.

Nom du 1er détenteur de compte (si différent du demandeur)

App. n°

Adresse postale

Ville

Prov.

Code postal

Nom du 2e détenteur de compte (si différent du demandeur)

App. n°

Adresse postale

Ville

Prov.

Code postal

## Paiement initial

**Les demandes ne peuvent pas être traitées sans le paiement initial de deux mois en plus d'un chèque du détenteur de compte portant la mention « Nul ».**  
**REMARQUE : Nous ne pouvons pas accepter de chèques sur une marge de crédit ni de carte de crédit pour les prélèvements automatisés.**

**Veuillez établir votre chèque à l'ordre de : « Green Shield Canada ». Les chèques postdatés ne seront pas acceptés.**

## Partie F

Prélèvement  
automatique

J'autorise/Nous autorisons par la présente Green Shield Canada à **prélever les paiements de primes de mon/notre compte indiqué sur le chèque annulé ci-joint trente (30) jours avant la date d'échéance**, le ou près du premier jour ouvrable de chaque mois. Si le montant ou la date d'échéance de la prime devait être modifié, Green Shield Canada donnera au demandeur un avis écrit d'au moins trente (30) jours à l'avance du changement. Green Shield Canada peut mettre fin à la couverture si un retrait est refusé pour quelque raison que ce soit et l'institution financière ne sera tenue aucunement responsable dans un tel cas.

**Cette autorisation demeurera valide** à moins d'avis écrit demandant l'annulation de la part du demandeur ou du détenteur de **compte reçu par Green Shield Canada/Special Benefits Insurance Services à l'adresse indiquée plus bas, dix (10) jours ouvrables avant la prochaine date d'échéance de débit pré-autorisé.**

**Special Benefits Insurance Services, 366 Bay Street, 7th floor, Toronto, ON M5H 4B2**

Je comprends/Nous comprenons que je peux/nous pouvons obtenir un modèle de formulaire d'annulation ou plus d'information au sujet de mon/notre droit d'annuler cette entente de débit pré-autorisé (DPA) à mon/notre institution financière ou en visitant [cdnpay.ca](http://cdnpay.ca).

Je comprends/Nous comprenons que j'ai/nous avons certains droits de recours si tout débit ne se conforme pas à cette entente de DPA et que je/nous pouvons obtenir un formulaire de demande de règlement de remboursement ou pour plus d'informations sur mes/nos droits de recours en contactant mon/notre institution financière ou en visitant [cdnpay.ca](http://cdnpay.ca).

Signature du détenteur de compte **X**

Date

MM JJ DDDD

2e signature si compte conjoint **X**

Date

MM JJ DDDD

**Important : Premier retrait bancaire** – Reportez-vous au livret d'information générale ci-joint pour obtenir de l'information bancaire.

## Partie G

### Déclaration d'hospitalisation

1 a) Est-ce que vous, votre conjoint(e)/partenaire ou tout enfant à charge indiqué prévoyez être hospitalisé au cours des six prochains mois?

Demandeur :  Oui  Non Conjoint(e)/Partenaire :  Oui  Non Enfants à charge :  Oui  Non

b) Est-ce que vous, votre conjointe/partenaire ou toute personne à charge indiquée êtes enceinte? :  Oui  Non

**Si vous avez répondu « oui » à cette question, veuillez donner des détails plus bas**

Nom de la personne	Date prévue du séjour	Nombre de jours prévus à l'hôpital	Détails de la maladie ou de la blessure

**Les demandes de règlement présentées sont vérifiées pour assurer l'exactitude de l'information médicale fournie. (Prism PrecisionMD avec hospitalisation seulement en chambre à deux lits)**

## Part H

### L'autorisation doit être signée par le demandeur et le(la) conjoint(e)/partenaire (s'il y a lieu)

**REMARQUE : L'information fournie sur ce formulaire est confidentielle.**

En signant ce formulaire de demande, j'indique/nous indiquons que les déclarations contenues dans ce document sont vraies et complètes, au meilleur de mes/nos connaissances et forment la base de toute couverture approuvée. Je suis autorisé(e) à divulguer des renseignements sur mon(ma) conjoint(e)/partenaire et mes enfants à charge, à des fins d'évaluation de leur admissibilité aux prestations.

**Ne pas divulguer ou falsifier les renseignements sur ma santé et/ou celle de mon (ma) conjoint(e)/partenaire et/ou mes enfants à charge pourrait mener au refus d'une demande de règlement et à l'annulation ou la modification de cette couverture.**

Je comprends/Nous comprenons que la couverture entrera en vigueur le premier du mois suivant l'approbation par Special Benefits Insurance Services Agency Inc. et/ou Green Shield Canada. J'autorise/Nous autorisons tout médecin, dentiste, praticien médical, hôpital, clinique ou autre installation médicale ou autre centre à vocation médicale, compagnie d'assurance ou autre organisation, institution ou personne qui a des dossiers ou connaissances de ma santé et celle de mon(ma) conjoint(e)/partenaire et tout enfant à charge indiqué, d'échanger toute information au besoin pour administrer les demandes de règlement de prestations et/ou confirmer l'exactitude des renseignements avec Special Benefits Insurance Services Agency Inc. et/ou Green Shield Canada. Une reproduction de ce contenu et de cette autorisation sera aussi valide que l'original.

Signature du demandeur ✗

Date

MM JJ AAAA

Signature du (de la) conjoint(e)/partenaire ✗

Date

MM JJ AAAA

L'engagement en matière de confidentialité de Green Shield Canada

Vos renseignements personnels sont recueillis aux fins de vous fournir des prestations de soins de santé et dentaires, d'analyser et de faire le paiement des demandes de règlement. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les politiques et procédures en matière de confidentialité de Green Shield Canada, veuillez visiter [greenshield.ca](http://greenshield.ca)



Fournissant le marketing et l'administration des programmes de soins de santé et dentaires Prism<sup>MD</sup>

Établissez votre chèque à l'ordre de Green Shield Canada. Postez la demande **remplie** et les chèques à :  
Special Benefits Insurance Services  
366 Bay Street, 7th Floor, Toronto, ON M5H 4B2