

Demande

Prism Spectra^{MD}

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 SPECTRA^{MD}**
 S1 S2 S3 S4
 Oui. Veuillez inclure l'hospitalisation (approbation et prime supplémentaire requises)

Partie B

Personnes à couvrir

Veillez écrire clairement en caractères d'imprimerie

Les enfants à charge doivent avoir moins de 21 ans

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

1	Nom de famille	2	Prénom	Initiale	3					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									

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?

Téléphone résidentiel Téléphone professionnel Poste (Poste Canada) 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.

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.

Signature du détenteur de compte ✗

Date

MM JJ DDDD

2e signature si compte conjoint ✗

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

Information sur
les médicaments
sur ordonnance

- 1 Est-ce que vous, votre conjoint(e)/partenaire ou tout enfant à charge indiqué prenez actuellement ou utilisez des médicaments sur ordonnance, incluant les contraceptifs, avez une ordonnance vous autorisant à les faire renouveler ou vous prévoyez utiliser des médicaments sur ordonnance? Oui Non

REMARQUE : Les médicaments sur ordonnance incluent les médicaments par voie orale, injectables, les crèmes, les gouttes ou le sérum

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

Nom de la personne	Nom du médicament /sérum/crème	Force	Dose quotidienne	Durée de prise de ce médicament /sérum/crème	Nombre de renouvellements par année	Coût mensuel du médicament /sérum/crème
						\$
						\$
						\$

Remarque : S'il faut de l'espace supplémentaire, veuillez ajouter une feuille séparée.

L'information
manquante
retardera le
traitement de
votre demande

Partie H

Déclaration de santé pour le demandeur, conjoint(e)/partenaire et enfants à charge

- 1** Est-ce que vous, votre conjoint(e)/partenaire ou tout enfant à charge indiqué avez été hospitalisé au cours des deux dernières années?
 Demandeur: Oui Non Conjoint(e)/Partenaire: Oui Non Enfants à charge: Oui Non
- 2** 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 tout personne à charge indiquée êtes enceinte? Oui Non

Si vous avez répondu « oui » à la question 1 ou 2, veuillez donner des détails plus bas			
Nom de la personne	Date de la maladie, blessure ou hospitalisation	Nombre de jours à l'hôpital	Détails de la maladie ou de la blessure

REMARQUE : S'il faut de l'espace supplémentaire, veuillez ajouter une feuille séparée.

- 3** Est-ce que vous, votre conjoint(e)/partenaire ou tout enfant à charge indiqué AVEZ été traité, consulté ou reçu des conseils d'un médecin ou d'un spécialiste ou eu soupçon de l'un des états suivants?

Cochez **Oui** ou **Non** pour toutes les questions et **encerchez** l'état médical précis (s'il y a lieu)

- Oui** **Non** a) État mental, anxiété, désordre psycho-affectif, dépression, Alzheimer, démence, Parkinson, convulsions ou paralysie
- Oui** **Non** b) DCA (déficit de la capacité d'attention) ou THADA (trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention)
- Oui** **Non** c) Problème de l'estomac, des intestins, des reins, de la vessie ou du foie (incluant l'hépatite)
- Oui** **Non** d) Infertilité, problème de reproduction ou ménopause
- Oui** **Non** e) Colite, maladie de Crohn, colite spasmodique, ulcères, hernie, reflux ou brûlure gastrique persistante
- Oui** **Non** f) Maladie circulatoire, cardiaque ou vasculaire, hypertension artérielle, angine, accident vasculaire-cérébral ou AIT (accident ischémique transitoire)
- Oui** **Non** g) Cholestérol élevé
- Oui** **Non** h) Alcoolisme ou pharmacodépendance
- Oui** **Non** i) Problème de la peau (incluant acné, acné rosacée, psoriasis et eczéma)
- Oui** **Non** j) SIDA, CLS (complexe lié au sida), VIH ou autres problèmes immunologiques
- Oui** **Non** k) Arthrose ou polyarthrite rhumatoïde, ostéoporose, perte de densité osseuse, douleur au dos, articulations ou muscles
- Oui** **Non** l) Problème pulmonaire, problème respiratoire incluant MPOC, asthme ou allergies
- Oui** **Non** m) Maux de tête/migraines
- Oui** **Non** n) Cancer, tumeur ou leucémie
- Oui** **Non** o) Maladie ou infection transmise sexuellement (MTS ou ITS) ou infections récurrentes (incluant boutons de fièvre/herpès)
- Oui** **Non** p) Diabète, problème endocrinien, hormonal ou thyroïdien
- Oui** **Non** q) Glaucome
- Oui** **Non** r) Toutes autres conditions, maladies, handicaps ou blessures non indiqués plus haut – Veuillez spécifier

Si vous avez répondu « oui » à l'une ou l'autre des conditions de la question 3, veuillez donner des détails plus bas				
Nom de la personne	Diagnostic	Date(s) du diagnostic	Nom du médicament/traitement	Date du dernier traitement ou dernière ordonnance exécutée

Remarque : S'il faut de l'espace supplémentaire, veuillez ajouter une feuille séparée.

Les demandes de règlement présentées sont vérifiées pour assurer l'exactitude de l'information médicale fournie.

Partie I

Information sur le médecin ou le dentiste

- 1** Est-ce que vous, votre conjoint(e)/partenaire ou tout enfant à charge indiqué avez consulté un médecin chaque année au cours des deux (2) dernières années?
- Demandeur: Oui Non Conjoint(e)/Partenaire: Oui Non Enfants à charge: Oui Non
- Veillez fournir le nom et le numéro de téléphone du médecin qui a la majorité de vos dossiers médicaux (Si vous n'avez pas de médecin, indiquez « Aucun »)
- Nom du médecin/clinique médicale _____ Numéro de téléphone () _____
- 2** Est-ce que vous, votre conjoint(e)/partenaire ou tout enfant à charge indiqué avez visité un dentiste régulièrement au cours des deux (2) dernières années?
- Demandeur: Oui Non Conjoint(e)/Partenaire: Oui Non Enfants à charge: Oui Non
- Donnez le nom et le numéro de téléphone de votre dentiste. (Si vous n'avez pas de dentiste, indiquez « Aucun »)
- Nom du dentiste _____ Numéro de téléphone () _____
- 3** Est-ce que vous, votre conjoint(e)/partenaire ou tout enfant à charge indiqué prévoyez visiter un dentiste au cours des deux (2) prochains mois?
- Demandeur: Oui Non Conjoint(e)/Partenaire: Oui Non Enfants à charge: Oui Non
- Si « oui », indiquez le travail dentaire à faire _____

REMARQUE : S'il est prévu que le travail dentaire dépasse 300 \$, il faut obtenir un plan de traitement détaillé de votre dentiste avant le début de votre traitement.

Partie J

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 je suis/nous sommes responsable d'informer Special Benefits Insurance Services Agency Inc. d'un changement au niveau de ma santé et celle de mon (ma) conjoint(e)/partenaire et tout enfant à charge indiqué suite à une blessure ou à une maladie qui se produit après la date de la demande et avant la date d'entrée en vigueur de la police.

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 **X** _____ Date _____
JJ DD DDDD

Signature du (de la) conjoint(e)/partenaire **X** _____ Date _____
JJ DD DDDD

D'autres informations médicales pourraient être requises pour souscrire à votre demande.

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



Fournissant le marketing et l'administration des programmes de soins de santé et dentaires Prism^{MD}

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