

FORMULAIRE D'ADHÉSION OU DE MODIFICATION

Veillez remplir ce formulaire pour inscrire un nouveau membre du régime aux garanties OU pour modifier les renseignements relatifs à un membre actuel du régime.

Envoyez le formulaire dûment rempli par la poste ou par télécopieur à :
Green Shield Canada
C.P. 1612, Windsor (Ontario) N5A 7A7
Télécopieur : 519 739-0688



ÉCRIRE LISIBLEMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

SECTION 1 – À REMPLIR PAR L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME									
RENSEIGNEMENTS SUR LE PROMOTEUR DE RÉGIME	Nom du promoteur de régime		Code de référence du contrat		Division		Forfait/catégorie		
OBJET Veillez cocher la case appropriée et vous assurer d'indiquer la date d'entrée en vigueur AINSI QUE le numéro d'identification Green Shield Canada (GSC) dans le cas d'un membre actuel du régime.	<input type="checkbox"/> Nouvel employé <input type="checkbox"/> Réembauche <input type="checkbox"/> Résiliation <input type="checkbox"/> Ajout de personnes à charge <input type="checkbox"/> Résiliation de personnes à charge <input type="checkbox"/> Changement d'adresse <input type="checkbox"/> Changement dans la coordination des prestations (CDP) <input type="checkbox"/> Autre _____		Date d'entrée en vigueur _____ / _____ / _____ ANNÉE MOIS JOUR Une période d'attente s'applique-t-elle à cette demande? (p. ex. 3 mois) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____		Numéro d'identification GSC Autres commentaires				
	SECTION 2 – À REMPLIR PAR LE MEMBRE DU RÉGIME								
RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE DU RÉGIME	Nom de famille		Prénom et initiale du second prénom			Prénom usuel			
	Adresse				Date de naissance _____ / _____ / _____ ANNÉE MOIS JOUR		Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		
	Ville	Province	Code postal	Date d'embauche _____ / _____ / _____ ANNÉE MOIS JOUR		Langue préférée <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français			
	Adresse de courriel		Situation d'emploi <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Retraité		État matrimonial <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait		Numéro d'employé		
RENSEIGNEMENTS SUR LA PROTECTION Veillez vous assurer d'indiquer les renseignements relatifs à l'assureur de votre conjoint, le cas échéant, aux fins de la CDP.	Protection auprès de GSC : Veuillez indiquer le type de protection de GSC que vous demandez. Vous pouvez refuser la protection SEULEMENT si vous êtes couvert par l'assureur de votre conjoint. Soins de santé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Soins dentaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Protection du conjoint : Assureur du conjoint : _____ Numéro de régime/de contrat : _____ Veuillez indiquer le type de protection prévu par le régime de votre conjoint : Soins de santé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Soins dentaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Référez-vous à la section CDP ci-dessous						
COORDINATION DES PRESTATIONS	Si votre conjoint est couvert par une autre assurance, les demandes de règlement seront remboursées selon les normes de l'industrie : Tout d'abord, votre conjoint doit soumettre ses demandes de règlement à son régime de garanties (son régime principal). Ensuite, soumettez la portion non couverte à votre régime de garanties GSC (son régime secondaire). Demandes de règlement de vos enfants : Tout d'abord, soumettez les demandes de règlement de vos enfants au régime de garanties du parent dont l'anniversaire arrive le plus tôt durant l'année, quelle que soit l'année de naissance. (Il s'agit du régime principal.) Ensuite, soumettez la partie non couverte au régime de garanties de l'autre parent (le régime secondaire). Dans les cas de séparation ou de divorce, nous déterminons quel régime couvre les enfants selon l'ordre suivant : 1) le régime du parent qui a la garde de l'enfant; 3) le régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant; 2) le régime du conjoint du parent qui a la garde de l'enfant; 4) le régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant. Veillez indiquer ci-dessous au moyen de la lettre « S » si le régime secondaire de votre enfant est celui de GSC.								
RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE		Nom de famille	Prénom	Date de naissance _____ / _____ / _____ ANNÉE MOIS JOUR	Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Étudiant à temps plein	Personne à charge invalide	GSC est le deuxième payeur (régime secondaire) « S »	
	Conjoint			_____ / _____ / _____ ANNÉE MOIS JOUR	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin				
	Enfant			_____ / _____ / _____ ANNÉE MOIS JOUR	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui		
	Enfant			_____ / _____ / _____ ANNÉE MOIS JOUR	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui		
	Enfant			_____ / _____ / _____ ANNÉE MOIS JOUR	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui		
	Enfant			_____ / _____ / _____ ANNÉE MOIS JOUR	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui		
AUTORISATION Pour de plus amples renseignements sur nos politiques et procédures en matière de confidentialité, veuillez consulter le site Web de GSC à l'adresse greenshield.ca.	En signant le présent formulaire d'adhésion ou en fournissant mes renseignements personnels à mon employeur, je confirme qu'à ma connaissance ces renseignements sont complets et exacts. Je suis autorisé(e) à divulguer des renseignements au sujet de mon conjoint ou de ma conjointe et des personnes à ma charge, aux fins de la détermination de leur droit aux garanties et pour tout autre service nécessaire à l'administration de mes garanties. Je certifie que je suis autorisé(e), par mon conjoint ou ma conjointe et/ou les personnes à ma charge, à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet pour utilisation à cette fin. Je conviens que GSC peut partager les renseignements personnels avec une tierce partie aux fins de l'administration des garanties pour moi-même et les personnes à ma charge. Je conviens que GSC peut utiliser mon adresse de courriel, si je l'ai fournie, afin de correspondre avec moi concernant les garanties. (Veillez noter que les adresses de courriel ne sont pas utilisées à des fins de sollicitation.) Signature du membre du régime _____ Date _____ Signature de l'administrateur du régime _____ Date _____								