

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 :

- 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 :			<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.

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 :	
Code d'AGA :	Nom de l'AGA :	Numéro de téléphone du conseiller :

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

SECTION D — Renseignements sur les paiements

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.

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 » – les demandes reçues sans chèque « ANNULÉ » ne pourront être traitées.

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 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 aviserait 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. 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^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, je reconnais (nous reconnaissons) que les déclarations faites par la présente sont véridiques et complètes, au meilleur de ma (notre) connaissance et serviront de base à toute couverture autorisée. Je suis autorisé à divulguer des renseignements sur mon (ma) conjoint(e)/partenaire ou mon/notre (mes/nos) enfant(s) à charge, dans le but de déterminer s'ils sont admissibles aux prestations. Je comprends (Nous comprenons) que l'incapacité de fournir des renseignements ou la falsification de renseignements relativement à mon état de santé ou celui de mon (ma) conjoint(e)/partenaire ou de mon/notre (mes/nos) enfant(s) à charge peut mener au refus d'une demande et à l'annulation ou à la modification de cette couverture. J'autorise (Nous autorisons) tout médecin, dentiste, professionnel de la santé, hôpital, clinique ou autre établissement médical, société d'assurance ou autre organisation, institution ou personne ayant un dossier médical me concernant ou connaissant mon état de santé, ou celui de mon (ma) conjoint(e)/partenaire ou de mon/notre (mes/nos) enfant(s) à charge, à échanger ces renseignements au besoin aux fins d'administration de mes (nos) demandes de prestations, pour fournir l'accès à d'autres services de GSC et/ou pour confirmer l'exactitude des renseignements pour GSC. J'accuse (Nous accusons) réception de l'avis sur la vie privée et la confidentialité et l'accepte (acceptons). Toute reproduction de ce document de consentement et d'autorisation doit être considérée comme étant aussi valable 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 : _____

Signature du conseiller : _____

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