

Tous les demandeurs doivent remplir les **SECTIONS A, B et C** ainsi que les **SECTIONS E et F**. Si vous faites une demande pour les régimes **ZONE 4, 5 ou 6**, veuillez aussi remplir la **SECTION D**.

**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.**

<b>Je demande/Nous demandons :</b> <input type="checkbox"/> <b>Couverture individuelle</b> <i>S'applique au demandeur uniquement</i> <input type="checkbox"/> <b>Couverture de couple</b> <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> <input type="checkbox"/> <b>Couverture familiale</b> <i>S'applique au demandeur et à son (sa) conjoint(e)/partenaire et aux enfants à charge de moins de 21 ans</i>	<b>Choisissez une option :</b> <input type="checkbox"/> <b>ZONE 1</b> <input type="checkbox"/> <b>ZONE 4</b> <input type="checkbox"/> <b>ZONE 2</b> <input type="checkbox"/> <b>ZONE 5</b> <input type="checkbox"/> <b>ZONE 3</b> <input type="checkbox"/> <b>ZONE 6</b> <input type="checkbox"/> <b>Régime ZONE Fondamental</b>
A : Êtes-vous ou avez-vous été couvert par un autre régime de soins de santé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ajoutez l'option d'hospitalisation  <b>Prime mensuelle totale :                      \$</b>
B : Si oui, veuillez indiquer la nature de la couverture : <input type="checkbox"/> Régime collectif <input type="checkbox"/> Régime individuel	
C : Quand votre couverture a-t-elle pris fin? (AAAA/MM/JJ) :	
D : Nom de l'assureur : .....	

**SECTION C — Personnes à couvrir**

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.

**Si vous faites une demande pour les régimes ZONE 1 à 3 ou Régime ZONE Fondamental, veuillez continuer et remplir les SECTIONS E et F.**  
**Si vous faites une demande pour les régimes ZONE 4, 5 ou 6 et/ou pour l'option d'hospitalisation, veuillez remplir les SECTIONS D, E et F.**

**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 :	

Veillez remplir la **SECTION D** si vous faites une demande d'adhésion à ZONE 4, 5 ou 6 **OU** si vous avez choisi l'option d'hospitalisation.

Sinon, veuillez remplir la **SECTION E**.

## SECTION D — Déclaration d'état de santé et renseignements sur les médicaments sur ordonnance

**1** Avez-vous, ou votre conjoint(e)/partenaire ou tout enfant à charge indiqué, **DÉJÀ** reçu un traitement, consulté un professionnel de la santé ou reçu des conseils d'un médecin ou spécialiste concernant l'une des maladies suivantes ou vécu un ou des symptômes liés à celle-ci? (Cochez ✓ « Oui » ou « Non » pour chacune des questions **ET encerclez** le nom de la maladie, le cas échéant.)

	Demandeur	Conjoint(e)/partenaire	Enfant(s) à charge
A: Maladie mentale, angoisse, perturbation affective, dépression, Alzheimer, démence, Parkinson, crise d'épilepsie ou paralysie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
B: Déficit de la capacité d'attention (DCA) ou trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
C: Troubles gastriques, intestinaux, rénaux, vésicaux ou hépatiques incluant l'hépatite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
D: Infertilité, troubles de l'appareil reproductif ou ménopause	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
E: Colite, maladie de Crohn, syndrome du côlon irritable, ulcères, hernie, reflux ou brûlures d'estomac persistantes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
F: Maladie du système circulatoire, du cœur ou vasculaire, hypertension artérielle, angine, AVC ou accident ischémique transitoire (mini-AVC)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
G: Cholestérol élevé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
H: Alcoolisme ou dépendance à la drogue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
I: Troubles de la peau incluant l'acné, la rosacée, le psoriasis ou l'eczéma	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J: Sida, complexe lié au sida, VIH ou autre maladie immunologique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
K: Arthrite/rhumatisme, ostéoporose, perte de densité osseuse, douleurs musculaires, douleurs au dos ou aux articulations	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L: Problème pulmonaire, maladie respiratoire incluant la MPOC, l'asthme ou les allergies	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
M: Maux de tête ou migraines	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
N: Cancer, tumeur ou leucémie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
O: Maladies ou infections transmissibles sexuellement (MTS ou ITS) ou infections récurrentes incluant les boutons de fièvre ou l'herpès	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
P: Diabète ou maladie endocrinienne, hormonale ou thyroïdienne	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Q: Glaucome	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
R: Autre maladie, affection, trouble ou blessure non indiqué dans la liste ci-dessus – veuillez cocher (✓) Demandeur, Conjoint(e)/partenaire ou Enfant(s) à charge et préciser ci-dessous :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous avez répondu « Oui » à l'une ou l'autre des maladies de la SECTION D-1 ci-dessus, veuillez indiquer la lettre correspondant à la question [A–R] et donner tous les détails ci-dessous :

Lettre	Prénom de la personne	Date(s) du diagnostic (AAAA/MM)	Médicaments / Traitement	Nature de l'affection, de la blessure ou de la maladie et résultats du traitement

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

2

Est-ce que vous, ou votre conjoint(e)/partenaire ou tout enfant à charge indiqué, prenez des médicaments sur ordonnance, détenez une prescription vous permettant de renouveler vos médicaments ou comptez devoir utiliser des médicaments sur ordonnance bientôt?  Oui  Non  
Les médicaments sur ordonnance comprennent les médicaments administrés par voie orale, les médicaments injectables, les crèmes, les gouttes et le sérum.

Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, veuillez donner tous les renseignements pertinents ci-dessous :

#### Renseignements sur les médicaments sur ordonnance

Prénom de la personne	Nom du médicament	Numéro d'identification du médicament	Concentration	Dose quotidienne	Durée de l'utilisation de ce médicament	Nombre de renouvellements par année	Date du dernier renouvellement (AAAA/MM/JJ)

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

	Demandeur	Conjoint(e)/partenaire	Enfant(s) à charge
<b>3</b> Avez-vous, ou votre conjoint(e)/partenaire ou tout enfant à charge indiqué, été hospitalisé au cours des deux dernières années?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>4</b> Est-ce que vous, ou votre conjoint(e)/partenaire ou tout enfant à charge indiqué, devez être hospitalisé dans les six prochains mois?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous avez répondu « Oui » aux questions 3 ou 4, veuillez donner tous les renseignements pertinents ci-dessous :

Prénom de la personne	Maladie ou blessure	Date de la maladie, de la blessure ou de l'internement (AAAA/MM)	Nombre réel ou anticipé de jours passés à l'hôpital	Détails/résultats de la maladie ou de la blessure

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

	Demandeur	Conjoint(e)/partenaire	Enfant(s) à charge
<b>5</b> Avez-vous, ou votre conjoint(e)/partenaire ou tout enfant à charge indiqué, consulté un médecin chaque année au cours des deux (2) dernières années?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Veuillez fournir le nom et le numéro de téléphone du médecin qui détient la plus grande partie de vos dossiers médicaux. Si vous n'avez pas de médecin, indiquez « Aucun ».

Nom du médecin/de la clinique :

Tél. :

**SECTION E — 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 <sup>er</sup> titulaire du compte			2 <sup>e</sup> titulaire du compte		
Nom :			Nom :		
Adresse :			Adresse (si différente de celle du 1 <sup>er</sup> 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](http://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 avisera 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](http://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<sup>e</sup> signature (si compte conjoint) : ..... Date (AAAA/MM/JJ) : .....

**SECTION F — 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. Je comprends (Nous comprenons) que je suis (nous sommes) obligé(s) d'aviser GSC de tout changement dans l'état de santé de toute personne indiquée à la SECTION C en raison d'une blessure ou d'une maladie survenue après la date de la demande et avant la date d'entrée en vigueur de la 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