

# Demande

**PRISM SPECTRA<sup>MD</sup>**



**Green Shield Canada**



## À l'usage exclusif du bureau

Numéro de badge	Source/Numéro d'identification d'agent
	SBIS-W
Date d'entrée en vigueur	Numéro d'identification GSC
Approuvé par:	

## PARTIE A

### Renseignements sur la couverture (Veuillez écrire clairement en caractères d'imprimerie)

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

Je demande/Nous demandons une couverture de Personne seule Couple Famille

Je demande/Nous demandons le régime PRISM SPECTRA<sup>MD</sup> suivant: S1 S2 S3 S4

OUI. Veuillez inclure l'hospitalisation (Approbation et prime supplémentaire requises)

Êtes-vous couvert(e) ou étiez-vous couvert(e) par un autre régime de soins de santé? OUI NON

Si oui, veuillez indiquer s'il s'agit ou s'agissait d'une couverture: Collective Individuelle

Quand cette couverture se termine-t-elle ou s'est-elle terminée? MM-JJ-AAAA) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom de la compagnie d'assurance: \_\_\_\_\_

N° ID: \_\_\_\_\_ Nom de l'employeur précédent: \_\_\_\_\_

## PARTIE B

### Personnes à couvrir (Veuillez écrire clairement en caractères d'imprimerie)

NOTE: Les enfants à charge doivent avoir moins de 21 ans pour être admissibles à la couverture.

Nom de famille	Prénom	Initiale du deuxième prénom	Sexe M/F	Date de naissance (MM-JJ-AAAA)	Âge
Demandeur		E			
Conjoint(e)/Partenaire		S			
Enfant à charge		C			
Enfant à charge		C			
Enfant à charge		C			

NOTE: Si vous manquez d'espace, veuillez joindre une feuille distincte.

## PARTIE C

### Adresse postale (Veuillez écrire clairement en caractères d'imprimerie)

Nom de famille: Prénom: Initiale du deuxième prénom:

Adresse: N° d'app:

Ville: Prov.: Code postal :

Téléphone à domicile : ( ) Téléphone au travail : ( ) Cellulaire: ( )

Adresse de courriel :

S'il faut d'autres renseignements, comment pouvons-nous communiquer avec vous durant nos heures normales d'ouverture? (du lundi au vendredi, de 8 h 45 à 16 h 45, heure de l'Est)

Téléphone à domicile Téléphone au travail Par la poste (Postes Canada) Par courriel

Situation de famille Personne seule Couple Famille Autre \_\_\_\_\_ Emploi du demandeur: \_\_\_\_\_

**SEGMENT A**

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

Cochez  **OUI** ou  **NON** pour toutes les questions et **encerclez** l'état médical précis.

- |  |            |            |
|--|------------|------------|
| <b>A)</b> Dépression, anxiété, troubles du sommeil, crises épileptiques, maladie d'Alzheimer, démence ou tout autre trouble neurologique, de santé mentale ou émotionnel? . . . . .  | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| <b>B)</b> TDA (trouble déficitaire de l'attention), THADA (trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention) ou trouble oppositionnel avec provocation . . . . .  | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| <b>C)</b> Troubles gastriques ou intestinaux, c.-à-d. syndrome du côlon irritable/maladie inflammatoire de l'intestin, colite, maladie de Crohn, ulcère, hernie, reflux, RGOP (reflux gastro-œsophagien) ou brûlures d'estomac persistantes . . . . .                                      | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| <b>D)</b> Ménopause (y compris la péri-ménopause), infertilité, troubles de l'appareil reproductif, ou syndrome des ovaires polykystiques . . . . .  | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| <b>E)</b> Hypertension artérielle, maladie ou trouble cardiaque, circulatoire, artériel ou vasculaire, incluant l'artériopathie périphérique, la maladie vasculaire périphérique, l'angine, l'accident vasculaire cérébral (AVC) ou l'accident ischémique transitoire (mini AVC) . . . . . | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| <b>F)</b> Cholestérol élevé . . . . .  | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| <b>G)</b> Alcoolisme ou dépendance à la drogue . . . . .   | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| <b>H)</b> Troubles de la peau (incluant l'acné, la rosacée, la psoriasis, l'eczéma) . . . . .  | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| <b>I)</b> Sida (syndrome d'immunodéficience acquise), complexe lié au sida, séropositivité au VIH (virus de l'immunodéficience humaine), troubles hépatiques (incluant l'hépatite), sclérose en plaques ou autre trouble immunitaire . . . . .   | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| <b>J)</b> Ostéoarthrose ou arthrite rhumatoïde, douleurs au dos, aux articulations ou aux muscles, fibromyalgie, goutte, perte de densité osseuse, ou ostéoporose . . . . .  | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| <b>K)</b> Asthme, allergies, affection pulmonaire ou respiratoire incluant la MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique), la bronchite, ou l'emphysème . . . . .  | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| <b>L)</b> Maux de tête ou migraines . . . . .  | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| <b>M)</b> Cancer, tumeur ou leucémie . . . . .   | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| <b>N)</b> Bouton de fièvre ou herpès, MTS ou ITS (maladie ou infection transmissible sexuellement) ou toute autre infection récurrente . . . . .   | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| <b>O)</b> Diabète, maladie endocrinienne, thyroïdienne ou hormonale ou lupus. . . . .  | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| <b>P)</b> Glaucome. . . . .  | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| <b>Q)</b> Troubles de la prostate, de la vessie (incluant l'incontinence urinaire) ou des reins . . . . .  | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| <b>R)</b> Toute autre maladie ou blessure ou tout autre état, trouble ou symptôme, ou encore toute recommandation ou évaluation ou tout test ou résultat en attente non énumérés ci-dessus – veuillez préciser   |            |            |

**SEGMENT B**

Si vous avez répondu « OUI » pour un ou plusieurs des états du segment A de la PARTIE D, veuillez indiquer la question (lettre(s) A à R) et fournir les renseignements suivants:

Question	Prénom de la personne	Diagnostic/Symptômes	Date(s)	Nom du médicament, du traitement ou du test	Date du dernier traitement, du dernier test ou de la dernière ordonnance exécutée

**NOTE:** Si vous manquez d'espace, veuillez joindre une feuille distincte.

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

**PARTIE E****Renseignements sur les médicaments d'ordonnance** (Veuillez écrire clairement en caractères d'imprimerie)

Est-ce que vous, votre conjoint(e)/partenaire ou tout enfant à charge indiqué prenez ou utilisez actuellement des médicaments d'ordonnance, incluant les contraceptifs, avez une ordonnance vous autorisant à les faire renouveler ou prévoyez utiliser des médicaments d'ordonnance?  OUI  NON  
 (Les médicaments d'ordonnance incluent entre autres les échantillons, les médicaments par voie orale, les produits injectables, les crèmes, les gouttes ou le sérum.)

Si vous avez répondu « OUI » à cette question, veuillez fournir les renseignements ci-dessous:

Prénom de la personne	Nom du médicament	Concentration	Posologie quotidienne	Durée de prise de ce médicament	Nombre de renouvellements par année	Date du dernier renouvellement (MM-JJ-AAAA)	Coût mensuel approximatif

**NOTE:** Si vous manquez d'espace, veuillez joindre une feuille distincte.

**PARTIE F****Déclaration sur l'état de santé** (Veuillez écrire clairement en caractères d'imprimerie)

**NOTE:** Il est important que vous répondiez aux trois (3) questions suivantes:

1. Est-ce que vous, votre conjoint(e)/partenaire ou tout enfant à charge indiqué avez été hospitalisé(e) au cours des deux (2) dernières années?  OUI  NON
2. Est-ce que vous, votre conjoint(e)/partenaire ou tout enfant à charge indiqué prévoyez être hospitalisé(e) au cours des six (6) prochains mois?  OUI  NON
3. Est-ce que vous, votre conjointe/partenaire ou tout enfant à charge indiquée êtes enceinte?  OUI  NON

Si vous avez répondu « OUI » à l'une ou l'autre des questions ci-dessus, veuillez fournir les renseignements ci-dessous:

Prénom de la personne	Date de la maladie, de la blessure ou de l'hospitalisation	Nombre de jours à l'hôpital	Détails de la maladie ou de la blessure	Diagnostic/Suivis

**NOTE:** Si vous manquez d'espace, veuillez joindre une feuille distincte.

**PARTIE G****Renseignements sur le médecin et le dentiste** (Veuillez écrire clairement en caractères d'imprimerie)

Veuillez fournir le nom et le numéro de téléphone du médecin qui a la plus grande partie de vos dossiers médicaux.

(Si vous n'avez pas de médecin, inscrivez « Aucun » et indiquez la raison) \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ Nº de téléphone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Est-ce que vous, votre conjoint(e)/partenaire ou tout enfant à charge indiqué avez subi un examen médical au cours des deux (2) dernières années? .....  OUI  NON

Si vous avez répondu « NON », veuillez indiquer la date de votre dernier examen médical \_\_\_\_\_

Est-ce que vous, votre conjoint(e)/partenaire ou tout enfant à charge indiqué prévoyez aller chez un dentiste au cours des trois (3) prochains mois  OUI  NON

Si « OUI », veuillez indiquer le travail dentaire à faire: \_\_\_\_\_

**NOTE:** 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 H****Renseignements pour le paiement** (Veuillez écrire clairement en caractères d'imprimerie)

Le paiement des deux (2) premiers mois de couverture est exigible à la date d'entrée en vigueur de votre couverture. Les paiements ultérieurs seront prélevés trente (30) jours avant le début du mois auquel s'applique la couverture.

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

Est-ce un compte conjoint? Si « OUI », ce compte conjoint exige-t-il deux (2) signatures      OUI      NON

Si deux (2) signatures sont requises, veuillez fournir des renseignements au sujet des deux (2) détenteurs du compte

Nom du 1<sup>er</sup> détenteur du compte:

Nom du 2<sup>er</sup> détenteur du compte:

Adresse:

Adresse:

Ville:      Prov.:      Code postal:

Ville:      Prov.:      Code postal:

No de téléphone: (      )

No de téléphone: (      )

**IMPORTANT: Les demandes ne peuvent pas être traitées sans un chèque portant la mention « Nul » ou un formulaire de débit préautorisé (DPA) émanant de la banque du détenteur du compte.**

NOTE: Nous ne pouvons pas accepter de chèques sur une marge de crédit ni de carte de crédit pour les paiements par débit préautorisé.

J'autorise/Nous autorisons par la présente Green Shield Canada à prélever de mon/notre compte bancaire (par débit préautorisé) la prime des deux (2) premiers mois. Le paiement des deux (2) premiers mois de couverture est exigible à la date d'entrée en vigueur de la couverture. **Les paiements subséquents seront prélevés trente (30) jours avant le début du mois auquel s'applique la couverture.**

J'autorise/Nous autorisons par la présente Green Shield Canada à prélever de mon/notre compte figurant sur le chèque portant la mention « Nul » ou le formulaire de débit préautorisé ci-joint le paiement des primes trente (30) jours avant la date d'échéance, le ou vers le premier jour ouvrable de chaque mois. Si le montant ou la date d'échéance de la prime devait être modifié, Green Shield Canada en avisera par écrit le demandeur au moins trente (30) jours avant le changement. Green Shield Canada peut mettre fin à la couverture si un prélevement est refusé pour quelque raison que ce soit, et l'institution financière ne pourra en être tenue responsable, le cas échéant.

Cette autorisation restera valide à moins qu'un avis écrit demandant l'annulation et provenant du demandeur ou du détenteur du compte soit 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 du débit préautorisé.

**Special Benefits Insurance Services, 860-20 Toronto St, Toronto (Ontario) M5C 2B8**

Je comprends/Nous comprenons que je peux/nous pouvons obtenir un modèle de formulaire d'annulation ou plus de renseignements au sujet de mon/notre droit d'annuler cette entente de débit préautorisé (DPA) auprès de 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 n'est pas conforme à cette entente de DPA et que je peux/nous pouvons obtenir un formulaire de demande de remboursement ou plus d'information sur mes/nos droits de recours en communiquant avec mon/notre institution financière ou en visitant cdnpay.ca.

Signature du détenteur du compte (obligatoire) **X**

Date

MM      JJ      AAAA

Signature du deuxième détenteur du compte (le cas échéant) **X**

Date

MM      JJ      AAAA

## PARTIE I      Déclarations et Autorisations

**NOTE: Les renseignements fournis dans ce formulaire sont confidentiels.**

En signant ce formulaire de demande, j'atteste/nous attestons qu'à notre connaissance, les déclarations contenues dans ce document sont véridiques et complètes et constituent 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, aux fins de l'évaluation de leur admissibilité aux prestations.

Je comprends/Nous comprenons que le fait de ne pas divulguer ou de falsifier les renseignements sur ma santé et/ou celle de mon (ma) conjoint(e)/partenaire et/ou de mon (mes) enfants à charge pourrait mener au refus d'une demande de règlement et à l'annulation ou à la modification de cette couverture.

Je comprends/Nous comprenons que je suis obligé(e)/nous sommes obligés d'informer Special Benefits Insurance Services Agency Inc. de tout changement dans mon état de santé, celui de mon (ma) conjoint(e) et de mon (mes) enfant(s) à charge par suite d'une blessure ou d'une maladie survenue 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 Green Shield Canada ou en son nom. J'autorise/Nous autorisons tout médecin, dentiste, praticien, hôpital, clinique ou autre établissement médical ou autre centre à vocation médicale, compagnie d'assurance ou autre organisation, institution ou personne ayant un dossier médical me concernant ou connaissant mon état de santé et celui de mon (ma) conjoint(e)/partenaire et tout enfant à charge déclaré, à communiquer ces renseignements s'ils sont nécessaires pour administrer les demandes de règlement et/ou confirmer l'exactitude des renseignements auprès de Special Benefits Insurance Services Agency Inc. et/ou Green Shield Canada. Une copie de la présente déclaration et autorisation est aussi valide que l'original.

Signature du demandeur **X**

Date

MM      JJ      AAAA

Signature du (de la) conjoint(e)/partenaire **X**

Date

MM      JJ      AAAA

### COUVERTURE FOURNIE PAR GREEN SHIELD CANADA

#### L'engagement de Green Shield Canada en matière de confidentialité.

Vos renseignements personnels sont recueillis dans le but de vous offrir des garanties de soins de santé et dentaires ainsi que d'analyser et payer vos demandes de règlement. Pour obtenir des renseignements sur les politiques et procédures de Green Shield Canada en matière de confidentialité, rendez-vous à greenshield.ca

Envoyez par courriel la demande **remplie** et le chèque portant la mention « Nul » ou le formulaire de DPA à : **general@sbis.ca**

Postez la demande **remplie** et le chèque portant la mention « Nul » ou le formulaire de DPA à : Special Benefits Insurance Services  
860-20 Toronto St, Toronto (Ontario) M5C 2B8

### RAPPORT DES CONSEILLERS – À l'usage exclusif des conseillers/agents

Je confirme avoir divulgué au demandeur : le nom de la société ou des sociétés que je représente; que je reçois une commission pour la vente de produits de soins de santé et dentaires et que je peux recevoir des primes ou d'autres incitatifs, ainsi que tout conflit d'intérêts qui pourrait découler de cette transaction.

Nom du conseiller (prénom et nom de famille): **Gavin Prout**

Code:

Signature du conseiller: