

Dans la présente proposition, le mot vous s'entend de la personne qui demande l'assurance. Les mots nous ou la Compagnie s'entendent de GreenShield Canada.

Écrire lisiblement EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

1 Renseignements sur le membre, le conjoint et les enfants à charge

Envoyer la correspondance à l'adresse suivante : Adresse du domicile Adresse d'affaires

Renseignements sur le membre

Nom de famille		Prénom		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Nom à la naissance (si différent)		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Pays de naissance	
Adresse du domicile (numéro et rue)			Appartement	
Ville		Province	Code postal	
Adresse d'affaire (numéro et rue)			Appartement	
Ville		Province	Code postal	
Téléphone (cellulaire)	Téléphone (domicile)	Adresse électronique*		

* Nous utiliserons votre adresse électronique aux fins de gestion administrative. Veuillez noter que bien que GreenShield utilise des moyens raisonnables pour protéger la sécurité et la confidentialité des courriels qu'elle envoie et reçoit, leur sécurité ne peut être garantie.

Renseignements sur le conjoint (pour une protection couple ou familiale)

Nom de famille		Prénom		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Nom à la naissance (si différent)		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Pays de naissance	

Renseignements sur les enfants à votre charge (pour une protection monoparentale ou familiale)

Nom de famille	Prénom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de famille	Prénom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de famille	Prénom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de famille	Prénom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de famille	Prénom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

2 Régime demandé

Santé Option 1 - Assurance médicaments avec **franchise élevée**
 Option 2 - Assurance médicaments avec **franchise régulière**
 Option 4 - Assurance médicaments et soins de santé

Dentaire

Type de protection

Individuelle
 Couple
 Monoparentale
 Familiale

3 Mode de paiement

Paiement annuel (payable par internet seulement)

Prime requise : _____

Choisir Vigilis (le Groupe) dans la liste des fournisseurs de votre institution financière

Numéro de référence : _____

Prélèvement bancaire mensuel

Prime mensuelle : _____

Veillez remplir l'autorisation à la page 5 et y joindre un chèque spécimen.

4 Informations concernant votre régime d'assurance antérieur

Numéro de police	Date de terminaison (jj-mm-aaaa)	Assureur	Numéro de certificat
------------------	----------------------------------	----------	----------------------

IMPORTANT :

Les sections 5 et 6 doivent être remplies uniquement si vous demandez l'assurance soins de santé complémentaire (Option 4). Pour souscrire les options 1 et 2, veuillez passer directement à la section no.7.

5 Renseignements médicaux – mini-questionnaire

Veillez ne pas mentionner des tests génétiques ou des résultats de tests génétiques.

Cette proposition n'est valide que si les renseignements médicaux demandés sont fournis correctement et que la proposition est signée par le membre et son conjoint (s'il y a lieu).

	Vous-même	Votre conjoint (s'il y a lieu)	Enfant(s) à charge* (s'il y a lieu)
1. Au cours des 5 dernières années, avez-vous présenté une demande de prestations d'invalidité ou avez-vous souffert d'une maladie ou d'une blessure qui vous a empêché d'exercer votre profession ou vos activités habituelles pendant une période de plus de deux semaines?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous consulté un médecin (autre que pour un bilan de santé), suivi des traitements, été hospitalisé, reçu une ordonnance médicale ou rendu visite à un médecin pour une affection, une maladie ou un trouble physique ou mental?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Au cours des 2 dernières années, avez-vous reçu des traitements ou des services d'un professionnel de la santé, y compris ceux d'acupuncteurs, d'audiologistes, de chiropraticiens, d'homéopathes, de massothérapeutes, de naturopathes, d'orthophonistes, d'ostéopathes, physiothérapeutes, podiatres et de psychologues?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Utilisez-vous des médicaments, des appareils médicaux ou des dispositifs médicaux ou prévoyez-vous en utiliser?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. Avez-vous déjà présenté une proposition d'assurance vie, d'assurance invalidité, d'assurance médicaments ou d'assurance maladie qui a été refusée ou qui a été acceptée moyennant une surprime ou moyennant quelque modification que ce soit?	<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 noter que si vous demandez l'assurance pour plusieurs enfants à votre charge, les questions visent tous les enfants à assurer.

Si vous, ou une personne à assurer, avez répondu par l'affirmative à l'une des questions ci-dessus, vous devez donner des précisions à la page 3 et remplir les sections 6 et 7. Si tous les proposant ont répondu par la négative à toutes les questions, veuillez remplir la section 7 avant d'envoyer la présente proposition.

6 Renseignements médicaux – questionnaire complet (si vous avez répondu par l'affirmative à l'une ou l'autre des questions de la section 5)

Vous-même

Votre taille pi po m cm	Votre poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Changement de poids au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Gain _____ <input type="checkbox"/> Perte _____
Raison du changement de poids		

Votre conjoint

Votre taille pi po m cm	Votre poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Changement de poids au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Gain _____ <input type="checkbox"/> Perte _____
Raison du changement de poids		

7 Autorisation et consentement

Veuillez lire et signer cette section.

Je certifie que les réponses données dans la présente proposition sont complètes et véridiques. Je reconnais que toute dissimulation, omission ou fausse déclaration relative à la présente proposition entraîne l'annulation de l'assurance.

Chez Green Shield Canada (« GSC », « nous », « notre » ou « nos »), le respect et la protection de la confidentialité de vos renseignements personnels est une priorité. Afin que nous puissions vous fournir les services pour lesquels nous avons été engagés, vous devez comprendre certaines choses et y consentir. Nous pouvons recueillir ou recevoir de vous ou d'autres parties, et utiliser, partager, divulguer et traiter vos renseignements personnels et, le cas échéant, les renseignements personnels de votre conjoint, de vos enfants et d'autres personnes à charge (collectivement, « vous », « votre » ou « vos »), qui peuvent comprendre le nom, l'âge, l'historique des demandes de règlement, les revenus, l'adresse électronique, les fournisseurs de services dont les services ont été retenus ainsi que les renseignements bancaires. Nous pouvons le faire à diverses fins liées à l'administration de votre régime de garanties et pour vous fournir d'autres produits et services, y compris, mais sans s'y limiter : coordination des prestations avec d'autres assureurs; administration et évaluation des demandes de règlement; vérifications et enquêtes et prise de mesures pour la prévention ou la suppression de demandes de règlement qui sont potentiellement ou qui s'avèrent être abusives ou frauduleuses; contrôles d'identité; facturation et perception de primes; souscription médicale; communication avec d'autres fournisseurs de services, communication avec des tiers pour confirmer l'exactitude des demandes de règlement, fourniture de services contractuels, ou à des fins de gestion de la santé ou de programmes de gestion de la santé; collecte de renseignements sur les services fournis, analyse de données, y compris de renseignements sur la façon dont vous utilisez nos produits et services, afin de nous aider à prendre des décisions éclairées et à améliorer les produits et services que nous offrons; déterminer si d'autres produits et services pourraient vous intéresser et envoyer des détails à leur sujet; conformité aux lois et règlements applicables; et toute autre activité qu'une personne raisonnable considérera comme associée à l'administration de votre régime de garanties. Dans le cadre de la réalisation de ces objectifs, nous pouvons recueillir et recevoir vos renseignements personnels, les partager avec d'autres personnes à l'extérieur de GSC ou les communiquer à de telles personnes, y compris, mais sans s'y limiter : votre employeur, le(s) promoteur(s) de votre régime de garanties et des conseillers en assurance, si vos garanties sont fournies par le régime de garanties collectif de votre employeur; des fournisseurs de garanties (p. ex., des pharmaciens, des massothérapeutes); des organismes de réglementation professionnels (p. ex., l'Ordre des pharmaciens); des organismes gouvernementaux; des organismes d'application de la loi (locaux, provinciaux et fédéraux); des entités industrielles de mutualisation en assurance-médicaments (p. ex., la Société canadienne de mutualisation en assurance médicaments); des fournisseurs de services tiers de GSC qui nous aident à administrer votre régime de garanties et à vous fournir d'autres produits et services connexes, et tout autre tiers qui pourrait être approprié ou raisonnablement nécessaire pour atteindre les objectifs énoncés ci-dessus. Bien que le partage des renseignements personnels soit intrinsèquement risqué, nous appliquons des procédures acceptables sur le plan commercial pour sécuriser et protéger vos renseignements personnels en utilisant des mesures technologiques, physiques et organisationnelles appropriées conçues pour protéger les renseignements personnels. Si nous communiquons vos renseignements personnels sans autorisation, nous vous en aviserions en respectant les lois en matière de protection des renseignements personnels applicables. De plus amples renseignements sur nos pratiques en matière de confidentialité se trouvent dans notre politique de confidentialité accessible à www.greenshield.ca qui constitue une partie nécessaire et intégrante du présent consentement relatif à la confidentialité. Nous pouvons de temps à autre réviser notre politique de confidentialité pour tenir compte de modifications dans la législation ou la réglementation, par exemple, ou lorsque nous ajoutons de nouvelles fonctionnalités ou lançons de nouveaux produits ou services. La toute dernière version de la politique régira la façon dont nous traitons vos données personnelles et sera toujours accessible à www.greenshield.ca. Vous pouvez communiquer avec notre responsable de la confidentialité à privacy.office@greenshield.ca si vous avez une question ou une plainte à formuler.

En apposant votre signature ci-dessous, vous donnez votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation par GSC de vos renseignements personnels comme il est expliqué ci-dessus, et vous reconnaissez que votre conjoint, vos enfants et les autres personnes à votre charge (le cas échéant) vous ont autorisé à divulguer et à recevoir leurs renseignements personnels, et à signer le présent consentement relatif à la confidentialité en leur nom. Vous convenez que les photocopies, télécopies ou versions électroniques de ce consentement sont aussi valides que l'original. Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps en envoyant un avis écrit à GSC à privacy.office@greenshield.ca mais, si vous le faites, GSC ne pourra plus administrer votre régime de garanties ni traiter vos demandes de règlement.

Votre signature X		Signature de votre conjoint (s'il y a lieu) X	
Fait à (ville)	Fait à (province)	Date (jj-mm-aaaa)	

Veuillez faire parvenir le formulaire dûment rempli, par le biais de votre espace sécurisé VIGILIS Secure, ou à l'adresse suivante :

Le Groupe VIGILIS - 100-1800 Rue Berlier, Laval, QC H7L 4S4

8 Autorisation débits préautorisés (DPA)

Veillez remplir cette section si vous voulez payer votre prime sur une base mensuelle.

IMPORTANT (Veillez lire attentivement.)

J'autorise/Nous autorisons Gestion VIGILIS et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je pourrais/nous pourrions autoriser à toute moment) à commencer à effectuer les prélèvements variables selon mes/nos directives pour payer les primes périodiques. Les paiements mensuels périodiques seront portés au débit de mon/notre compte le 1 ^{er} jour de chaque mois. Le versement des primes est assujéti aux dispositions énoncées dans la police d'assurance. Gestion VIGILIS demande un préavis de 10 jours signifié par écrit pour traiter toute modification apportée à la présente DPA.	Je peux/Nous pouvons résilier la présente DPA en tout temps en donnant à Gestion VIGILIS un préavis écrit de 10 jours. Pour obtenir un formulaire de résiliation ou de plus amples renseignements sur mon/notre droit d'annuler la présente DPA, je peux/nous pouvons communiquer avec mon/notre institution financière, Gestion VIGILIS ou visiter www.paiements.ca .
Régimes d'assurance soins de santé et soins dentaires.	Je renonce/Nous renonçons à mon/notre droit de recevoir un préavis du montant du DPA et j'ai/nous avons convenu que je n'ai/nous n'avons pas besoin de préavis du montant des DPA avant le traitement du débit.
Vous ne pouvez représenter un paiement de prime retourné en raison d'une provision insuffisante ou de fonds non compensés qu'une seule fois et dans les 30 jours suivant l'imputation initiale. Si le paiement est retourné une deuxième fois dans la même année, le mode de règlement sera remplacé par la facturation directe selon une périodicité annuelle et il ne pourra être modifié avant le prochain anniversaire de police. Le solde impayé de la prime calculée jusqu'à l'anniversaire de police sera exigée pour revenir au règlement des primes par prélèvement automatique.	J'ai/Nous avons certains recours si tout débit ne respecte pas la présente convention. J'ai/Nous avons le droit de toucher le remboursement de toute somme débitée qui ne serait pas autorisée en vertu de la présente DPA ou ne serait pas conforme à celle-ci. Pour obtenir plus de renseignements sur mes/nos recours, je peux m'adresser/nous pouvons nous adresser à mon/notre institution financière, à Gestion VIGILIS ou visiter www.paiements.ca .

Étant donné que la couverture est offerte dans le cadre d'un régime collectif, mais facturée à titre individuel, le débit préautorisé se fera à titre individuel également.

Renseignements sur le participant (Prière d'écrire en caractères d'imprimerie)

Prénom	Nom de famille
Signature du participant X	Date (jj-mm-aaaa)

Information sur le payeur, titulaire du compte bancaire (Prière d'écrire en caractères d'imprimerie)

Nom (prénom et nom) ou dénomination sociale complète dans le cas d'une société, y compris les mentions Cie, Ltée, inc., etc.				
Adresse (numéro et rue)	Appartement ou bureau	Ville	Province	Code postal
_____ : Apposez vos initiales pour confirmer que vous êtes la seule personne autorisée à signer au nom de la société.				
Signature du (des) titulaire(s) du compte bancaire X			Date (jj-mm-aaaa)	
Signature du (des) titulaire(s) du compte bancaire X			Date (jj-mm-aaaa)	

Information sur le compte bancaire

Institution financière (IF)	Numéro de transit de l'IF (succursale : 5 chiffres – institution : 3 chiffres)		Numéro de compte de l'IF	
Adresse de la succursale (numéro et rue)	Ville		Province	Code postal

Le Groupe VIGILIS, 100-1800 rue Berlier, Laval QC H7L 4S4

info@vigilis.ca | www.vigilis.ca

Vous pouvez communiquer avec nous sans frais au 1-888-682-5218, du lundi au vendredi, entre 9 h et 17h