



Changement de bénéficiaire de l'employé

Envoyer à :
À l'attention de :
service des modifications
185 The West Mall, bureau 800
Toronto, Ontario M9C 5L5
Télécopieur : 1-877-797-7449
Courriel : servicesClients@benecaid.com

Employé(e) : veuillez remplir la section 1. Veuillez remplir les sections 2 et 4, le cas échéant. Signez la section 5.

1. INFORMATION SUR L'EMPLOYÉ(E)

Nom de l'entreprise :		Numéro du groupe :	
Nom de famille :	Prénom :		ID du client :

2. CHANGEMENT DE NOM DU BÉNÉFICIAIRE ACTUEL

Nom précédent	Nom de famille :	Prénom :
Nom précédent	Nom de famille :	Prénom :

3. DÉSIGNATION/CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

Nom de famille	Prénom	Lien avec l'assuré	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	%	Veuillez cocher	
					<input type="checkbox"/>	Révocable
					<input type="checkbox"/>	Irrévocable
					<input type="checkbox"/>	Révocable
					<input type="checkbox"/>	Irrévocable

Si vous désignez un bénéficiaire mineur ou qui n'a pas de capacité juridique, vous pouvez nommer un fiduciaire/administrateur en complétant ce formulaire. Si vous choisissez de désigner un fiduciaire/administrateur, nous vous recommandons de consulter un conseiller juridique en compagnie du fiduciaire/administrateur choisi. Si le bénéficiaire mineur réside au Québec, il vaut mieux consulter un conseiller juridique du Québec avant de remplir ce formulaire.
Je désigne _____ lien avec l'assuré, _____ en tant que fiduciaire/administrateur recevant tout montant destiné au bénéficiaire mineur jusqu'à ce que ce dernier atteigne l'âge de la majorité et les capacités juridiques associées. À ce moment, le fiduciaire versera au bénéficiaire l'actif détenu en fiducie.

Date de naissance du fiduciaire : (aaaa/mm/jj)

Révocable : la désignation d'un bénéficiaire peut être modifiée sans le consentement du bénéficiaire.
Irrévocable : la désignation d'un bénéficiaire ne peut pas être modifiée sans le consentement du bénéficiaire.
Résidents du Québec : la désignation d'un(e) conjoint(e) en tant que bénéficiaire est irrévocable, sauf indication contraire.
Toutes les autres provinces : la désignation du bénéficiaire est révoquable, sauf indication contraire.

4. RÉVOCATION D'UN BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE

Le consentement du bénéficiaire révoqué est requis pour effectuer le changement de bénéficiaire. Le nouveau bénéficiaire ne peut pas signer à titre de témoin. Si le bénéficiaire révoqué est décédé, veuillez joindre un certificat de décès. Une personne mineure ne peut donner de consentement valide pour un changement de bénéficiaire.

Je révoque par la présente la désignation de bénéficiaire de _____
Je le(s) remplace par la présente par le(s) nouveau(x) bénéficiaire(s) nommé(s) à la section Changement de bénéficiaire conformément aux dispositions du contrat.

Reconnaissance du bénéficiaire irrévocable et signature du témoin :

_____	_____	_____
Signature du ou des bénéficiaire(s) révoqué(s)	Signature du témoin	Date (aaaa/mm/jj)

5. SIGNATURE

Utilisation de vos renseignements : L'assurance pour laquelle vous souscrivez, ou qui vous a été fournie, est offerte par un assureur (l'« assureur ») et est gérée par Benecaid Health Benefit Solutions Inc. (« Benecaid »). Vous reconnaissez que Benecaid et l'assureur peuvent recueillir, utiliser ou divulguer vos renseignements personnels de la manière prévue dans l'accord de confidentialité ci-joint. Vous reconnaissez que vous fournirez des renseignements au sujet de votre conjoint(e) ou de vos enfants à charge seulement si ceux-ci vous en ont donné la permission, et s'ils ont donné leur consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de leurs renseignements de la manière prévue dans l'accord de confidentialité ci-joint. **Certification** : Vous certifiez que l'information fournie est véridique, correcte et au meilleur de votre connaissance. **Communication** : Vous consentez à ce que Benecaid communique avec vous par courriel. **Copies** : Vous reconnaissez qu'une photocopie ou qu'une copie électronique de cette section a la même portée juridique que l'originale.

Signature :	Signé le : (aaaa/mm/jj)
-------------	-------------------------

(Nom de l'employé(e) : _____)

6. ACCORD DE CONFIDENTIALITÉ

Dans cet accord, les mots « vous », « votre » et « vos » renvoient à la personne qui nous fait une demande, qui adhère ou qui est assurée pour l'un des produits ou services que nous offrons, assurons, réassurons, administrons ou vendons. Les mots « nous », « notre » et « nos » renvoient à

(1) Benecaid Health Benefit Solutions Inc. et Benecaid Insurance Solutions Inc. (collectivement « Benecaid ») et toutes les sociétés affiliées de Benecaid; (2) toute compagnie d'assurances qui assure vos accidents personnels, votre santé, votre vie, vos voyages, vos dents ainsi que toute autre couverture fournie par Benecaid; (3) toute société qui, dans l'avenir, offrira une couverture qui remplacera en tout ou en partie la couverture décrite au point (2) ou toute autre assurance actuellement fournie par Benecaid; (4) toute société qui offre une réassurance à l'une ou l'autre des sociétés nommées aux points (1) à (3); et (5) les fournisseurs de service des sociétés nommées aux points (1) à (4).

Le mot « renseignements » signifie les détails personnels, relatifs à la santé, financiers et autres à votre sujet que vous nous fournissez et que nous obtenons autrement en dehors de notre organisation, notamment par l'intermédiaire des produits et services que vous utilisez.

Vous reconnaissez, vous autorisez et vous acceptez les dispositions suivantes :

COLLECTE DE VOS RENSEIGNEMENTS

Au début de votre relation avec nous et durant le cours de cette relation, nous pouvons recueillir des renseignements directement ou par l'intermédiaire de nos représentants, notamment :

- des détails à votre sujet et sur vos antécédents, y compris vos nom, adresse, date de naissance, profession et d'autres éléments servant à vous identifier, lesquels sont obligatoires en vertu de la loi;
- les renseignements que vous fournissez par l'intermédiaire des processus d'adhésion et de réclamation pour tout produit ou service lié aux assurances; et
- les renseignements pour l'obtention de tout produit ou service lié aux assurances.

Ces renseignements peuvent être recueillis auprès de vous et auprès de sources à l'extérieur de notre organisation, notamment :

- des agences et registres gouvernementaux, des autorités chargées de l'application des lois et des archives publiques;
- de tout professionnel de la santé, d'établissements en lien avec la santé, des compagnies d'assurances ou de toute autre personne ayant connaissance de vos renseignements;
- d'autres fournisseurs de service, agents, courtiers d'assurance et autres organismes avec lesquels vous avez pris des arrangements; d'autres compagnies d'assurances;
- votre employeur; les références que vous avez fournies; et
- les personnes autorisées à agir en votre nom en vertu d'un mandat ou de tout autre instrument juridique.

Vous autorisez ces sources à nous transmettre vos renseignements.

UTILISATION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Ces renseignements peuvent être utilisés aux fins suivantes :

- pour gérer votre assurance et vos comptes en fiducie (le cas échéant); pour prendre contact avec vous;
- pour vérifier votre identité et enquêter sur vos antécédents; pour examiner, statuer, gérer et coordonner vos réclamations;
- pour prendre des dispositions et maintenir les produits liés aux assurances et les autres services que vous pourriez demander; pour nous aider à mieux gérer nos affaires et votre relation avec nous;
- pour évaluer et assumer le risque, réévaluer les frais médicaux et négocier le paiement des frais de règlement;
- pour mieux comprendre votre situation en matière d'assurances; pour vous offrir des produits et des services qui répondent à vos besoins; pour déterminer votre admissibilité aux produits et services liés ou non aux assurances que nous offrons;
- pour détecter et prévenir la fraude;
- pour établir des statistiques; pour nous aider à mieux comprendre les besoins actuels et futurs de nos clients; et
- tel qu'exigé ou permis par la loi.

DIVULGATION DE VOS RENSEIGNEMENTS

Nous pouvons divulguer vos renseignements, notamment selon les dispositions suivantes :

- à d'autres compagnies d'assurances, institutions financières ou organismes du domaine de la santé;
- à tout professionnel de la santé, à tout établissement en lien avec la santé, à toute compagnie d'assurances ou à toute autre personne qui connaît vos renseignements personnels; aux autorités en matière de santé publique appropriées.
- aux administrateurs, fournisseurs de services, réassureurs et aux assureurs et réassureurs potentiels de nos activités d'assurance, ainsi qu'à leurs administrateurs et leurs fournisseurs de service à ces fins;
- en réponse à une ordonnance d'un tribunal, à un mandat de perquisition ou à toute autre demande que nous jugerons valide;
- en réponse aux demandes de renseignements d'organismes de réglementation, y compris des organismes d'autorégulation dont nous sommes membre ou participant, afin de satisfaire aux exigences légales et réglementaires applicables;
- à nos employés, fournisseurs, agents et autres organismes qui se chargent de la prestation de services pour vous, pour nous ou en notre nom;
- lorsque nous achetons ou vendons une partie ou la totalité d'un de nos secteurs d'affaires ou lorsque nous envisageons pareille transaction;
- lorsque nous percevons une dette ou exécutons une obligation que vous avez à notre égard; et
- là où c'est prescrit par la loi.

Discussions téléphoniques Il est possible que vos conversations téléphoniques avec nos représentants soient écoutées ou enregistrées afin d'assurer votre protection et la nôtre, d'améliorer le service à la clientèle et de confirmer nos discussions avec vous.

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Les renseignements personnels ou les renseignements sur la santé peuvent être recueillis, utilisés, divulgués, transférés, conservés ou traités à l'extérieur du Canada et peuvent donc être soumis aux exigences prévues par la loi dans ces pays. Pour connaître tous les détails concernant la façon dont nous protégeons votre vie privée, vous pouvez nous demander une copie de notre politique de confidentialité.

Veuillez lire notre politique de confidentialité pour en savoir davantage sur cet accord et sur nos politiques de confidentialité. Visitez le www.benecaid.com ou prenez contact avec nous pour en obtenir une copie.

Vous reconnaissez que nous pouvons modifier cet accord ainsi que notre politique de confidentialité à l'occasion pour tenir compte de changements législatifs ou d'autres questions pouvant être soulevées. Nous afficherons les mises à jour de cet accord et de la politique de confidentialité sur le site Web indiqué ci-dessus. Vous reconnaissez et déclarez être lié par de telles modifications.

À tout moment, si vous souhaitez retirer votre consentement en vertu de l'une ou l'autre des options de retraits mentionnées dans cet accord, vous pouvez le faire en prenant contact avec nous au : **1 877 797-7448**. Veuillez lire notre politique de confidentialité pour obtenir davantage de détails au sujet de vos options de retrait.