

Employé(e) : veuillez remplir la section 1. Saisissez les modifications aux sections 2 à 8, s'il y a lieu. Signez la section 9.

1. INFORMATION SUR L'EMPLOYÉ(E)			
Nom de l'entreprise :		N° de police collective :	
Nom de famille :	Prénom :		Identifiant du client :

2. DEMANDE DE CARTE	
Type de carte : <input type="checkbox"/> Carte pour médicaments/soins dentaires <input type="checkbox"/> Carte de voyage	Date à laquelle la carte a été perdue ou volée : (aaaa/mm/jj)

3. MODIFICATION DE LA PERSONNE À CONTACTER			
Adresse :		N° d'app. :	C.-P. :
Ville :	Province :	Code postal :	
Téléphone :	Courriel :		

4. CHANGEMENT DE NOM			
Relation	Modification	Nom de famille	Prénom
<input type="checkbox"/> Employé(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant	Ancien nom		
	Nouveau nom		

5. MODIFICATION D'UN DÉPENDANT							
Modification	Relation	Nom de famille	Prénom	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Sexe M /F	*Étudiant(e) De 21 à 24 ans	**Invalide O / N
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Retirer	Époux/épouse				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	S.O.	S.O.
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Retirer	Enfant				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Retirer	Enfant				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Retirer	Enfant				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Date d'entrée en vigueur: (aaaa/mm/jj) _____

Raison : Mariage Divorce Cohabitation Naissance d'un enfant Autre (veuillez préciser) _____

Date de mariage/de cohabitation : (aaaa/mm/jj) _____

Ajouter une personne à charge : Benecaid doit recevoir la demande d'ajout de personne à charge dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle la personne à charge devient admissible à la couverture ou la demande sera considérée comme tardive. Cela comprend la naissance d'un enfant. Les demandes d'ajout de nouveau-nés doivent être reçues dans les 31 jours qui suivent la naissance.

***Étudiant(e)** : un enfant à charge âgé de 21 à 24 ans, inscrit dans un établissement d'enseignement supérieur à plein temps; vous devez fournir une preuve des frais de statut d'étudiant à plein temps pour que les demandes soient traitées. Deux formes de preuve sont acceptées : une lettre du registraire indiquant le statut d'étudiant à temps plein pour l'année scolaire en cours ou une facture indiquant le statut d'étudiant à temps plein et le montant total versé des frais de scolarité de l'année en cours. Une preuve doit être fournie pour chaque année scolaire.

****Personne à charge invalide** : un certificat confirmant l'invalidité de la personne à charge doit être fourni à Benecaid.

Formulaire Flexstyle de modification des informations de l'employé(e)

(Nom de l'employé(e) : _____)

6. COORDINATION DES AVANTAGES SOCIAUX DU/DE LA CONJOINT(E)

Ajouter : <input type="checkbox"/> Soins de santé individuel <input type="checkbox"/> Soins de santé familial <input type="checkbox"/> Soins dentaires individuel <input type="checkbox"/> Soins dentaires familial	Retirer : <input type="checkbox"/> Soins de santé individuelle Soins <input type="checkbox"/> Soins de santé familial <input type="checkbox"/> dentaires individuel <input type="checkbox"/> Soins dentaires familial
Nom de l'assureur du/de la conjoint(e) :	N° de police :

Coordination des avantages sociaux du/de la conjoint(e) : si le/la conjoint(e) d'un(e) employé(e) a son propre régime, les prestations payables en vertu de ce régime seront coordonnées de façon à ce que le montant total versé à partir des deux régimes ne dépasse pas la totalité des dépenses réelles.

Remarque – Les directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) indiquent :

- (1) Un(e) conjoint(e) doit tout d'abord faire une demande dans le cadre du régime de son propre employeur.
- (2) Pour les enfants couverts, vous devez tout d'abord faire une demande de remboursement auprès du régime qui couvre le parent ayant la date de naissance survenant la première dans l'année.

7. PARTICIPATION À LA COUVERTURE : (Vous pourriez choisir d'être couverts si vous avez perdu la couverture de votre conjoint(e))

Date d'entrée en vigueur de la perte de couverture du/de la conjoint(e) : (jj/mm/aaaa)	Avantages dont la couverture est interrompue dans le cadre du régime du/de la conjoint(e) : <input type="checkbox"/> Assurance-santé complémentaire <input type="checkbox"/> Soins dentaires
--	--

Participation à la couverture : si un(e) employé(e) ou les personnes à sa charge perdent la couverture du/de la conjoint(e), ceux-ci peuvent choisir d'être couverts. L'inscription doit être reçue par Benecaid dans les 31 jours qui suivent la perte de la couverture du/de la conjoint(e) ou la demande de l'employé(e) ou des personnes à sa charge sera considérée comme tardive. Une preuve de perte de couverture du/de la conjoint(e) doit être fournie à Benecaid.

8. RENONCIATION À CERTAINES COUVERTURES (vous pouvez renoncer à la couverture d'assurance-santé complémentaire ou dentaire si le régime le permet)

Indiquez les avantages sociaux pour lesquels vous ne souhaitez pas cotiser :	<input type="checkbox"/> Assurance-santé complémentaire <input type="checkbox"/> Soins dentaires
Nom de l'assureur du/de la conjoint(e) :	N° de police :

Renonciation à certaines prestations : les employés peuvent choisir de renoncer à la couverture d'assurance santé complémentaire s'ils sont couverts en tant que personne à charge par le régime d'assurance collectif de leur conjoint(e). Les employés peuvent choisir de renoncer à la couverture des soins dentaires pour quelque raison que ce soit.

9. SIGNATURE

J'autorise Benecaid à recueillir, à utiliser et à divulguer les renseignements personnels aux fins suivantes : pour communiquer avec moi; pour les souscriptions de risques sur une base prudente; pour les recherches et le paiement des demandes de remboursement; pour détecter et prévenir la fraude; pour offrir et fournir des produits et des services qui répondent à mes besoins; pour compiler des statistiques et pour agir comme il convient ou conformément à la loi. Je comprends que pour me fournir des services à l'avenir et afin de me faire bénéficier d'avantages sociaux en vertu du régime collectif auquel je m'inscris, Benecaid peut avoir besoin de recueillir, d'utiliser et de divulguer des renseignements personnels supplémentaires me concernant. Je confirme que ce consentement s'applique également à ces renseignements personnels. Je m'engage à inscrire uniquement, à présent ou à l'avenir, des personnes à ma charge qui m'autorisent à fournir leurs renseignements et qui consentent au recueillement, à l'utilisation et à la divulgation de ces renseignements aux fins énumérées ci-dessus. Je reconnais qu'une photocopie ou qu'une copie électronique de cette section a la même portée juridique que l'originale. J'accepte que Benecaid communique avec moi par courriel. Je certifie que les renseignements fournis sont, à ma connaissances, véridiques, exacts et complets.

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