

Formulaire Flexstyle d'inscription de l'employé(e)

Réservé à Benecaid	
Date d'entrée en vigueur	
Identifiant du client	

Administrateur du régime : remplissez tous les champs de la section 1, puis signez-la. Soumettez ce formulaire à Benecaid une fois qu'il a été rempli par l'employé(e).
Employé(e) : remplissez les sections 2 à 5 et signez la section 6. Remettez ce formulaire à votre administrateur de régime.

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYEUR (à remplir par l'administrateur du régime)

Nom de l'entreprise :		N° de police	
<input type="checkbox"/> Nouvelle demande	Raison d'inscription au régime :		
<input type="checkbox"/> Rétablissement	<input type="checkbox"/> Emploi à temps plein	<input type="checkbox"/> Passage d'un emploi à temps partiel à un emploi à temps plein	<input type="checkbox"/> L'employé(e) a perdu la couverture de son/sa conjoint(e)
Date d'embauche :	Date d'entrée en vigueur du régime : (aaaa/mm/jj)	Annulation du délai	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Revenu : \$	<input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Horaire	Heures travaillées par semaine	Classe :
Administrateur de régime	Nom :	Signature :	Signé le :

Raison de l'inscription au régime : si l'employé(e) a perdu la couverture de son/sa conjoint(e), l'employé(e) doit joindre une preuve de la perte de la couverture de son/sa conjoint(e) à ce formulaire d'inscription dans les 31 jours qui suivent la perte de la couverture de son/sa conjoint(e).

Date d'entrée en vigueur du régime : la date à laquelle l'employé(e) devient admissible au régime. Les formulaires d'inscription doivent être reçus par Benecaid dans les 31 jours qui suivent la date d'admissibilité de l'employé(e) au régime collectif afin d'éviter que la demande soit considérée comme tardive. Un(e) employé(e) dont la demande est considérée comme tardive peut être tenu(e) de soumettre une application de souscription médicale pour ses soins et pour ceux des personnes à sa charge et certaines prestations peuvent lui être refusées en raison du processus de souscription.

Heures travaillées par semaine : l'employé(e) doit travailler au moins 24 heures par semaine.

Classe : si votre entreprise possède plusieurs classes dans son régime d'avantages sociaux, veuillez indiquer à quelle classe l'employé(e) doit être inscrit(e).

Annulation du délai d'attente des prestations : le délai d'attente des prestations peut être annulé au moment de l'embauche. L'ensemble du délai d'attente des prestations doit être annulé. Le délai d'attente des prestations ne peut pas être annulé de façon rétroactive.

Brochures des prestations : dans un effort de respect de l'environnement, nous ne fournissons plus aux employés une copie papier de la brochure des prestations. Tous les employés de votre groupe recevront une carte pour médicaments et soins dentaires comprenant un résumé des prestations. Les employés peuvent consulter le guide de référence en ligne à l'adresse www.benecaid.com/booklet. Une copie papier de la brochure est disponible au prix de 2 \$ par employé. Ces frais seront déduits de votre réserve pour prestations futures.

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYÉ(E)

Nom de famille :	Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Date de naissance :
Adresse :		N° d'app. :	C.-P. :
Ville :		Province :	Code postal :
Téléphone :		Courriel :	

Adresse : l'adresse à laquelle la correspondance et les chèques de remboursement seront envoyés. En cas de changement d'adresse, l'employé(e) doit soumettre un formulaire de changement d'adresse de l'employé(e) à Benecaid. Si l'employé(e) n'informe pas Benecaid de son changement d'adresse, des frais de traitement bancaire seront facturés à l'employé(e) si un chèque de remboursement est envoyé à la mauvaise adresse.

3. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT

Couverture appliquée pour : Individuelle Couple Familiale

Si cela est permis par le régime, je choisis de ne pas m'inscrire aux prestations Assurance-santé complémentaire Soins dentaires

De quels avantages sociaux collectifs bénéficie votre conjoint(e) par le biais de son employeur? Couverture individuelle de soins de santé Couverture familiale de soins de santé Aucun
 Couverture individuelle de soins dentaires Couverture familiale de soins dentaires Aucun

Nom de l'assureur du/de la conjoint(e) : _____ N° de police : _____

Possédez-vous un régime d'assurance individuelle distinct? Oui Si oui, de quelle couverture bénéficiez-vous? Couverture individuelle de soins de santé Couverture familiale de soins de santé
 Non Couverture individuelle de soins dentaires Couverture familiale de soins dentaires

Nom de l'assureur : _____ N° de police : _____

Est-ce que l'une des personnes à votre charge ou vous-même êtes couvert par Trillium? Oui Si oui, à qui la couverture est-elle destinée? _____
 Non

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) ou s'ils ont un régime d'assurance individuelle distinct. Les employés peuvent choisir de renoncer à la couverture des soins dentaires pour quelque raison que ce soit.

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.

(Nom de l'employé(e) : _____)

4. PERSONNES À CHARGE

Relation	Nom de famille	Prénom	Date de naissance	Sexe	*Étudiant(e) De 21 à 24 ans	**Invalide
Époux/épouse				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	S.O.	S.O.
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
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
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
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
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

***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.

5. BÉNÉFICIAIRE

Relation	Nom de famille	Prénom	Date de naissance	%	Veillez cocher
					<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
					<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

Je désigne _____, date de naissance _____ comme administrateur afin de recevoir tout paiement dû à un bénéficiaire, quel qu'il soit, qui n'a pas atteint l'âge de la majorité (invalide au Québec). La réception de ces fonds par l'administrateur a valeur de décharge pour Benecaid.

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 révocable, sauf indication contraire.

6. 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 en 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 recueillage, 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

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

(Nom de l'employé(e) : _____)

7. 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.

Veillez 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**. Veillez lire notre politique de confidentialité pour obtenir davantage de détails au sujet de vos options de retrait.