

Employé(e) : Veuillez compléter et signer la section 1. Complétez les modifications aux sections 2 à 5 s'il y a lieu. Soumettez le formulaire à Benecaid. Si vous demandez hsacomplete™, vous devez soumettre un formulaire d'adhésion de l'employé hsacomplete™ conjointement avec le présent formulaire. Si vous ajoutez des personnes à charges à hsacomplete™, un formulaire d'adhésion d'une nouvelle personne à charge doit être soumis conjointement avec le présent formulaire.

1. INFORMATION SUR L'EMPLOYÉ(E)	Nom de l'entreprise :		No de police collective :
	Nom de famille :	Prénom :	Identifiant du client :
	<p>• Je reconnais par les présentes que l'information contenue ici est exacte et véridique.</p> <p>• Utilisation de vos informations : L'assurance que vous demandez, ou qu'on vous a fournie, est souscrite par un assureur (« l'Assureur ») et est gérée par Benecaid Health Benefit Solutions Inc. (« Benecaid »). Vous consentez à ce que Benecaid et l'Assureur puissent amasser, utiliser et divulguer vos informations, tel que décrit à l'Entente relative à la confidentialité ci-jointe. Vous consentez à ne fournir de l'information à propos de votre conjoint ou de vos enfants à charge que si chacun d'entre eux vous a autorisé à le faire et si chacun d'entre eux a consenti à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de ses informations, tel que décrit à l'Entente relative à la confidentialité ci-jointe. Attestation : Vous attestez que les informations que vous avez fournies sont véridiques, exactes et au meilleur de votre connaissance. Communication : Vous consentez à ce que Benecaid communique avec vous par courriel. Copies : Vous consentez à ce qu'une photocopie ou une copie électronique de cette section ait la même validité que l'original.</p>		
Signature :		Date de signature : AAAA MM JJ	

2. MODIFICATION DE LA PEPR-SONNE À CONTACTER	Adresse :		No d'app. :	C.-P. :
	Ville :		Province :	Code Postal :
	Téléphone :		Courriel :	

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

4. MODIFICATION D'UN DÉPENDANT	Modification	Relation	Nom de famille	Prénom	Date de naissance	Sexe M / F	Effective Date
	<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Retirer				AAAA MM JJ		AAAA MM JJ
	<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Retirer				AAAA MM JJ		AAAA MM JJ
	<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Retirer				AAAA MM JJ		AAAA MM JJ
	<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Retirer				AAAA MM JJ		AAAA MM JJ

*Une personne liée par le sang, par le mariage ou par la loi qui est financièrement dépendante de vous. Le conjoint de fait doit avoir résidé avec vous pendant les 12 derniers mois consécutifs.

Le titulaire du hsacomplete™ : Vous devez compléter et soumettre un formulaire d'adhésion d'une nouvelle personne à charge hsacomplete™.

Titulaires de polices hsacomplete™ et travelassist® : Si votre enfant à charge est entre 21 et 25 ans d'âge, vous devez soumettre un formulaire de déclaration d'admissibilité d'une personne à charge ayant dépassé l'âge limite. Si votre enfant à charge est handicapé et a 21 ans ou plus, vous devez fournir la documentation d'un médecin praticien confirmant le handicap de votre enfant à charge.

5. CHANGEMENT AU PRODUIT	Ajouter un produit		Mettre fin à un produit			Effective Date
	<input type="checkbox"/> HSA Complete individuel <input type="checkbox"/> HSA Complete en couple <input type="checkbox"/> HSA Complete familial <input type="checkbox"/> Travel Assist individuel <input type="checkbox"/> Travel Assist familial	<input type="checkbox"/> HSA Complete individuel <input type="checkbox"/> HSA Complete en couple <input type="checkbox"/> HSA Complete familial	<input type="checkbox"/> Travel Assist individuel <input type="checkbox"/> Travel Assist familial	<input type="checkbox"/> Premiere Plan individuel <input type="checkbox"/> Premiere Plan familial		AAAA MM JJ

Demandeurs de hsacomplete™ Vous devez compléter et soumettre un formulaire d'application complète de l'employé HSA conjointement avec le présent formulaire.

Demandeurs de polices hsacomplete™ et travelassist® : Si votre enfant à charge est entre 21 et 25 ans d'âge, vous devez soumettre un formulaire de déclaration d'admissibilité d'une personne à charge ayant dépassé l'âge limite. Si votre enfant à charge est handicapé et a 21 ans ou plus, vous devez fournir la documentation d'un médecin praticien confirmant le handicap de votre enfant à charge.

(Nom de l'employé(e) : _____)

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