



Réservé à Benecaid	
Identifiant du client	
ÔÙÙ en vigueur	55 AA MM JJ
HSA Complete en vigueur	AAAA MM JJ
Assistance voyage en vigueur	AAAA MM JJ

Formulaire ÔÙÙ de l'employé

Administrateur de régime :
Employé(e) :

Veuillez remplir et signer la partie 1 et remettre le formulaire à l'employé. Soumettez les formulaires dûment remplis à Benecaid. Remplissez les sections 2 à 4 et signez la section 5. Remettez ce formulaire à votre administrateur de régime. Si vous faites une demande pour un *hsacomplete™*, un Formulaire d'adhésion de l'employé au *hsacomplete™* doit être rempli et soumis avec ce formulaire.

1. ADMINISTRATEUR	Nom de l'entreprise :		Numéro de groupe :		
	<input type="checkbox"/> Nouvelle demande <input type="checkbox"/> Rétablissement		Date d'entrée en vigueur du CSS : AAAA MM JJ	Cotisation nette au ÔÙÙ et terme : \$	
	Produits commandités par l'employeur :	<input type="checkbox"/> HSA Complete Single <input type="checkbox"/> HSA Complete Couple <input type="checkbox"/> HSA Complete Family	<input type="checkbox"/> Assistance voyage simple <input type="checkbox"/> Assistance voyage familiale		
Nom de l'administrateur du régime :		Signature :		Signé le : AAAA MM JJ	
2. INFO SUR L'EMPLOYÉ	Nom de famille :		Prénom :		
	Adresse :		N° d'app. :	C.-P. :	
	Ville :		Province :		
	Téléphone :		Code postal :		
3. PERSONNES À CHARGE	Relation*	Nom de famille	Prénom	Date de naissance	Sexe M / F
				AAAA MM JJ	
				AAAA MM JJ	
				AAAA MM JJ	
				AAAA MM JJ	
*Une personne liée par le sang/les liens du mariage ou par la loi qui est financièrement à votre charge. Un(e) conjoint(e) de fait doit avoir habité avec vous pendant les 12 derniers mois consécutifs.					
4. DÉPÔT DIRECT POUR RÉCLAMATIONS	Par souci d'exactitude, l'un des documents suivants est nécessaire afin d'assurer le dépôt direct du remboursement :				
	<ul style="list-style-type: none"> Un chèque portant la mention Une photocopie lisible d'un chèque portant la mention Une télécopie lisible d'un chèque portant la mention 				
	Si vous possédez un compte d'épargne, veillez à ce que votre institution financière remplisse la section ci-dessous :				
	Nom de l'institution financière :		Timbre de caisse :		
Code de l'institution financière (3 chiffres) :					
Numéro de la succursale (5 chiffres) :					
Numéro de compte (jusqu'à 12 chiffres) :					
5. SIGNATURE	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation de vos renseignements : L'assurance pour laquelle vous souscrivez, ou qui vous a été fournie, est offerte par un assureur("« 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. Je comprends que chaque remboursement sera sujet à des frais d'administration de 3,75 \$, qui seront déduits de mon ÔÙÙ. Je comprends que mon compte gestion-santé est assujéti à des frais annuels de tenue de compte de 95 \$ qui devront être payés chaque année civile. Benecaid se réserve le droit de modifier les frais d'administration en fonction des dépenses administratives. Je comprends que mes renseignements bancaires seront utilisés uniquement dans le but de déposer les remboursements de réclamation du ÔÙÙ de Benecaid dans mon compte. Je comprends que toute modification apportée à mes renseignements bancaires doit être signalée à Benecaid afin de maintenir le service de dépôt direct du ÔÙÙ. J'autorise par la présente Benecaid Health Benefit Solutions Inc. à déposer mes remboursements de réclamation du ÔÙÙ en dollars canadiens dans le compte bancaire ci-dessus jusqu'à ce que je fournisse par écrit une demande de modification de ces renseignements. 				
	Nom :		Signature :		Signé le : AAAA MM JJ

Formulaire de l'employé

(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, assurés, réassurés, administrés 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'autoréglementation 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 : **1 877 797-7449**. Veillez lire notre politique de confidentialité pour obtenir davantage de détails au sujet de vos options de retrait.

Directives et remarques

Partie 1. Administrateur

Cotisation nette et période du ÔÙÙ : Inscrivez le montant d'argent cotisé par période (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle) par les employés avant les frais administratifs et les taxes.

Produits commandités par l'employeur : Choisissez le(s) produit(s) pour lequel (lesquels) votre entreprise paie en sus de la contribution au ÔÙÙ. Les employés peuvent choisir d'acheter ces produits eux-mêmes à l'aide de leur ÔÙÙ s'ils le désirent.

Remarque : Les périodes de cotisation sont calculées selon la date anniversaire de l'entreprise. Si la période de cotisation de l'employé est trimestrielle, semestrielle ou annuelle et que la date d'entrée en vigueur du ÔÙÙ pour l'employé arrive au milieu de la période de cotisation, vous devrez calculer au prorata le chèque de garantie pour le reste de la période de cotisation courante. Les paiements ultérieurs seront pour la période de cotisation complète.

Partie 2. Renseignements sur l'employé

Courriel : Voici l'adresse courriel que Benecaid utilisera pour les communications d'ordre général et pour les avis de dépôt direct.

Partie 3. Personnes à charge

Demandeurs du HSA Complete et de Travel Assist : Si vous faites une demande pour un *hsacomplete* familial ou un *travelassist* (assistance voyage) familial et que vous avez un enfant à charge entre 21 et 25 ans, vous devez fournir une preuve de statut d'étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur pour que votre réclamation soit examinée. Remplissez et retournez le formulaire de déclaration d'admissibilité de la personne à charge ayant dépassé la limite d'âge, qui doit être soumis chaque année/période.

Si vous avez une personne à charge de 21 ans et plus souffrant de handicap mental ou physique, vous devrez soumettre les documents fournis par un praticien de la santé attestant de cet handicap pour que les réclamations puissent être examinées.

Modification de renseignements bancaires : Si vous n'avez pas avisé Benecaid de tout changement apporté à vos renseignements bancaires pour le dépôt direct et qu'un remboursement est rejeté par la banque, des frais de traitement de la banque seront prélevés dans votre compte ÔÙÙ afin de changer vos renseignements relatifs au dépôt direct.

Partie 5. Signature

Frais de traitement : Des frais de traitement de 3,75 \$ sont applicables pour chaque chèque de remboursement ou dépôt direct qui vous est émis. Les frais ne s'appliquent pas par réclamation, mais bien par chèque ou dépôt direct, ce qui signifie que si plus d'une réclamation est soumise en une fois, des frais de 3,75 \$ seulement s'appliqueront dans votre ÔÙÙ.

Soumission

Adresse postale : F1 Á@Á Á•Á a|Á |Á Á € Toronto, ON M9C 1Š1
Télécopieur : 416-622-5312