

## Formulaire d'adhésion / modification au régime collectif d'assurance

*Veuillez remplir ce formulaire complètement et de manière lisible*

**Veuillez cocher une seule option : ☐ Adhésion ☐ Modification**

### 1. Informations sur l'employé(e)

|                                  |            |                                                                                                                                 |                        |                      |                           |
|----------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|---------------------------|
| Prénom :                         |            | Nom de famille :                                                                                                                |                        | Sexe :<br>H<br><br>F | Langue :<br>Ang<br><br>Fr |
| Adresse postale :                |            |                                                                                                                                 | Adresse électronique : |                      |                           |
| Ville :                          | Province : |                                                                                                                                 | Code postal :          |                      |                           |
| Date de naissance : (aaaa/mm/jj) |            | Êtes-vous actuellement couvert(e) par l'assurance santé provinciale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |                        |                      |                           |

### 2. Informations professionnelles

|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                      |                       |                   |                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------|-----------------------------------------------------|
| Nom de l'employeur :                                                                                                                                                                                                                                                         | Division :                                                                                                                                                                                                           | Catégorie d'employé : | Centre De Coûts : | Identifiant de l'employé(e) /numéro de certificat : |
| Date d'embauche : (aaaa/mm/jj) <input type="checkbox"/> Cochez la case si vous renoncez à la période d'attente.                                                                                                                                                              | Intitulé du poste :                                                                                                                                                                                                  |                       | Lieu :            |                                                     |
| Type de couverture :<br><br><input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Couple<br><br><input type="checkbox"/> Dérogation (S'applique uniquement à la santé et à l'assurance dentaire, veuillez remplir la section 6 ci-dessous) | Salaire : \$ _____ Heures travaillées par semaine : _____<br><br>Salaire : <input type="checkbox"/> à l'heure <input type="checkbox"/> hebdomadaire <input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> annuel |                       |                   |                                                     |

### 3. Conjoint à charge - Union de fait

| Action                             | Prénom | Nom de famille | Date de naissance (aaaa/mm/jj) | Relation                                  | Sexe                           |
|------------------------------------|--------|----------------|--------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ajouter   |        |                |                                | <input type="checkbox"/> Époux            | <input type="checkbox"/> Homme |
| <input type="checkbox"/> Supprimer |        |                |                                | <input type="checkbox"/> Conjoint de fait | <input type="checkbox"/> Femme |
| <input type="checkbox"/> Ajouter   |        |                |                                | <input type="checkbox"/> Époux            | <input type="checkbox"/> Homme |
| <input type="checkbox"/> Supprimer |        |                |                                | <input type="checkbox"/> Conjoint de fait | <input type="checkbox"/> Femme |

Si vous ajoutez un conjoint à charge ou un partenaire, veuillez indiquer la date de début de la cohabitation / date de mariage (aaaa/mm/jj): \_\_\_\_\_

### 4. Enfant(s) à charge

| Action                             | Prénom | Nom de famille | Date de naissance (aaaa/mm/jj) | Sexe                           | Admissibilité                                             |
|------------------------------------|--------|----------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ajouter   |        |                |                                | <input type="checkbox"/> Homme | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Supprimer |        |                |                                | <input type="checkbox"/> Femme | <input type="checkbox"/> L'enfant est étudiant.           |
| <input type="checkbox"/> Ajouter   |        |                |                                | <input type="checkbox"/> Homme | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Supprimer |        |                |                                | <input type="checkbox"/> Femme | <input type="checkbox"/> L'enfant est étudiant.           |
| <input type="checkbox"/> Ajouter   |        |                |                                | <input type="checkbox"/> Homme | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Supprimer |        |                |                                | <input type="checkbox"/> Femme | <input type="checkbox"/> L'enfant est étudiant.           |
| <input type="checkbox"/> Ajouter   |        |                |                                | <input type="checkbox"/> Homme | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Supprimer |        |                |                                | <input type="checkbox"/> Femme | <input type="checkbox"/> L'enfant est étudiant.           |

Admissibilité : Je certifie que l'enfant est mon enfant biologique ou légalement adopté (à défaut, veuillez fournir tous les documents permettant de prouver le lien de filiation) ; qu'il réside dans le même foyer fiscal, et qu'il répond à l'un des critères suivants : A) est âgé de moins de 21 ans ou B) est étudiant à temps plein âgé de 21 à 24 ans ou C) a une incapacité telle que définie par l'Agence du revenu du Canada. Si l'enfant est un étudiant à temps plein âgé de 21 à 24 ans, nous vous invitons à remplir le formulaire d'admissibilité étudiant. En cas d'incapacité de l'enfant, un justificatif d'incapacité vous sera demandé.

#### 5. Bénéficiaire(s) : (Personne(s) qui recevra/ont le montant de l'assurance-vie si le titulaire du contrat décède)

| Prénom : | Nom de famille : | Adresse électronique : | Lien : | Révocable (R)<br>ou Irrévocable (I)                   | Part en pourcentage désignée* (%) : |
|----------|------------------|------------------------|--------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|
|          |                  |                        |        | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I |                                     |
|          |                  |                        |        | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I |                                     |
|          |                  |                        |        | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I |                                     |
|          |                  |                        |        | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I |                                     |

\*Pourcentage attribué\*: Sauf indication contraire, l'allocation en pourcentage sera considérée comme égale. Les pourcentages doivent totaliser 100 %. Si vous souhaitez apporter des modifications à votre bénéficiaire, veuillez remplir le **formulaire de changement de bénéficiaire**. Si aucun bénéficiaire n'est indiqué, le montant de l'assurance-vie sera dirigé vers la succession du titulaire de la police et sera soumis à des frais de successions et de taxes déterminés par la province de résidence.

Dans le cas où le ou les bénéficiaires mentionnés ci-dessus sont mineurs, je désigne par la présente en qualité de fiduciaire :

Nom complet : \_\_\_\_\_ Date de naissance (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_ Relation avec l'employé(e) : \_\_\_\_\_

#### 6. Refus d'adhésion / renonciation aux avantages collectifs

Je renonce par la présente aux avantages ci-dessous car je bénéficie déjà d'une couverture par le biais de mon conjoint. Je comprends que je peux soumettre une demande d'adhésion si mon conjoint perd sa couverture. Pour adhérer sans conditions, la demande devra être faite dans les 30 jours suivant la perte de la couverture du conjoint. Passé ce délai, une preuve de bonne santé devra être fournie et sera soumise à l'approbation de l'assureur.

☐ Santé

☐ Dental

Compagnie d'assurance du conjoint : \_\_\_\_\_

Numéro de police d'assurance du conjoint : \_\_\_\_\_

#### 7. Coordination des prestations

Vous avez souscrit une couverture familiale et votre conjoint est également couvert par son employeur. Merci de bien vouloir préciser la répartition des couvertures :

☐ Santé pour le conjoint uniquement.

☐ Dentaire pour le conjoint uniquement.

☐ Santé pour le conjoint et les personnes à charge.

☐ Dentaire pour le conjoint et les personnes à charge.

Compagnie d'assurance du conjoint : \_\_\_\_\_

Numéro de police d'assurance du conjoint : \_\_\_\_\_

#### 8. Déclaration de confidentialité

Chez Beneplan Inc. (« Beneplan », « nous », « notre » ou « nos »), nous reconnaissons et respectons l'importance de la vie privée. Le respect et la protection de la vie privée et de la confidentialité de vos informations personnelles sont une priorité. Afin de vous fournir les services pour lesquels nous avons été engagés, nous nous assurons de recueillir votre consentement pour collecter, utiliser, conserver et partager vos informations personnelles. Nous vous expliquons quelles informations sont collectées, dans quel but nous les utilisons et avec qui nous les partageons. Ces informations personnelles ainsi que celles de votre conjoint, de vos enfants, des personnes à votre charge, de vos bénéficiaires et/ou fiduciaires (collectivement « vous » ou « vos ») peuvent être collectées ou reçues directement de votre part ou d'autres parties. Ces informations peuvent inclure le nom, l'âge, l'historique des réclamations, le revenu, l'adresse électronique, les prestataires de services qui ont pu être utilisés et les informations bancaires et ce afin de nous permettre de répondre aux besoins liés à la mise en place et à l'administration de votre régime d'avantages sociaux de groupe, telles que la confirmation de votre identité, la fourniture de services contractés, l'évaluation de votre demande d'assurance, l'émission et l'administration de votre police, y compris l'évaluation et le traitement des réclamations, le respect de nos obligations contractuelles et réglementaires, la collecte d'informations sur les services fournis, l'analyse de données, l'audit, l'enquête et la prise de mesures liées à la prévention ou à la répression de réclamations suspectes ou avérées de mauvaise foi ou frauduleuses ; vérifications d'identité ; facturation et recouvrement des primes ; souscription médicale ; communication avec d'autres prestataires de services, communication avec des tiers pour confirmer l'exactitude des réclamations. Cela inclut également des informations sur la manière dont vous utilisez nos produits et services, l'examen de vos besoins en assurance et la détermination de l'adéquation de nos produits et services pour vous, afin de nous aider à prendre des décisions éclairées et à améliorer les produits et services que nous offrons ; déterminer s'il existe d'autres produits et services qui pourraient vous intéresser, et vous envoyer des détails à leur sujet ; se conformer aux lois et réglementations applicables ; et d'autres activités qu'une personne raisonnable considérerait associées à l'administration de votre régime d'avantages. Nous limitons l'accès à vos informations personnelles à notre personnel et à ceux autorisés par nous, pour les besoins de leurs missions. Bien que le partage d'informations personnelles comporte des risques inhérents, nous mettons en place des procédures commercialement acceptables pour sécuriser et protéger vos informations personnelles en utilisant des mesures technologiques, physiques et organisationnelles appropriées conçues pour protéger les informations personnelles sensibles. Nous ne partagerons pas vos informations personnelles à d'autres fins, sauf avec votre consentement ou tel que requis ou autorisé par la loi. En cas de divulgation non autorisée de vos informations personnelles par notre part, nous vous en informerons.

conformément aux lois sur la vie privée applicables.

Plus d'informations sur notre politique de confidentialité sont disponibles sur <https://www.beneplan.ca/politique-de-confidentialite>. Nous pouvons de temps en temps réviser notre politique de confidentialité pour refléter des changements, par exemple, dans la législation ou la réglementation, ou lorsque nous introduisons de nouvelles fonctionnalités, produits ou services. La version la plus récente de la politique régit la manière dont nous traitons vos données personnelles et sera toujours disponible sur <https://www.beneplan.ca/politique-de-confidentialite>. Si vous avez d'autres questions concernant nos politiques de confidentialité ou sur la manière dont nous collectons, utilisons, conservons et partageons vos informations personnelles, veuillez contacter l'agent de confidentialité de Beneplan au +1 416 863 6718 ou par courrier électronique à [ea@beneplan.ca](mailto:ea@beneplan.ca).

## 9. Déclaration

Par la présente, je demande à bénéficier de l'assurance collective et j'autorise la déduction de toute cotisation requise de ma rémunération en vertu du régime d'assurance collectif. J'autorise mon employeur et/ou l'administrateur du régime collectif et/ou les compagnies d'assurance et/ou leurs agents et/ou toute autre personne et/ou organisation possédant des renseignements pertinents sur moi et/ou mon conjoint et/ou les personnes à ma charge à communiquer et à échanger tous les renseignements nécessaires pour déterminer l'admissibilité aux prestations et l'administration du régime de garanties collectives. Je confirme que je suis autorisé(e) à agir au nom de mon conjoint et/ou des personnes à ma charge à ces fins. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale (NAS) aux fins de déclaration fiscale. Je déclare que les renseignements fournis ici sont vrais, complets et exacts. Une copie du présent formulaire fait foi au même titre que l'original.

|                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| Signature de l'employé(e) | Date (aaaa/mm/jj) |
| Signature de l'employeur  | Date (aaaa/mm/jj) |