



GARANTIES SUR MESURE

INSCRIPTION DE L'EMPLOYÉ

Dans le présent formulaire, Garanties sur mesure est désigné par le sigle BBD.

Veuillez remplir ce formulaire, le signer et le soumettre à votre administrateur de régime.

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI (À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR)

Nom de l'employeur

Nom de famille de l'employé

Prénom de l'employé

Catégorie de l'employé

Occupation de l'employé

Date d'embauche (mm/jj/aaaa)

Date d'admissibilité (mm/jj/aaaa)

Date de réintégration (mm/jj/aaaa)

Salaire de l'employé

\$

Annuel

Mensuel

Hebdomadaire

Horaire

Nombre d'heures de travail par semaine

Je confirme que l'employé peut demander la protection relative au régime d'avantages sociaux et que les renseignements fournis sont exacts et complets.

Signature de l'employeur

Date de la signature (mm/jj/aaaa)

X _____

SECTION 2A : RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ (À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ)

Adresse du domicile

Ville

Province

Code postal

Date de naissance (mm/jj/aaaa)

Genre

Homme

Femme

Non divulgué

Langue préférée

Français

Anglais

Téléphone

Adresse de courriel

BBD respecte votre vie privée. Votre adresse de courriel ne sera utilisée que pour vous contacter au sujet des demandes de règlement ou de votre régime d'avantages sociaux, sauf indication contraire dans la section 6.

État matrimonial

Célibataire

Marié

Veuf

Séparé

Divorcé

En union de fait*

*Date de cohabitation (mm/jj/aaaa) _____

La date de cohabitation est obligatoire si vous êtes une personne vivant en union de fait. Les personnes à charge de conjoints de fait ont droit aux garanties après un an de cohabitation.

INSCRIPTION DE L'EMPLOYÉ

SECTION 2B : RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ (À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ) (SUITE)

Êtes-vous couvert par un régime d'assurance maladie provincial?(OHIP, RAMQ etc) Oui Non*
* Si vous n'êtes pas couvert par un régime d'assurance maladie provincial, vous pouvez néanmoins bénéficier de certaines garanties, sous réserve de certaines restrictions. Votre représentant du service à la clientèle BBD fournira à votre employeur des renseignements complémentaires.

Êtes-vous au Canada en possession d'un visa/permis de travail? Oui* Non
* Copie requise pour l'inscription à ce régime. Si l'assurance invalidité est comprise dans votre régime collectif, vous y avez droit à condition que votre visa de travail soit de 2 ans ou plus, ou si moins de 2 ans, que vous ayez demandé le statut de résident permanent. Vous devez également être couvert par un régime d'assurance maladie du gouvernement provincial.

SECTION 3 : PROTECTION DES PERSONNES À CHARGE (À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ)

Lien	Nom de famille	Prénom	Date de naissance (mm/jj/aaaa)	Genre	Enfants de plus de 21 ans, indiquez le nom de l'école et/ou le handicap
Conjoint				Homme Femme Non divulgué	
				Homme Femme Non divulgué	
				Homme Femme Non divulgué	
				Homme Femme Non divulgué	

SECTION 4 : RENONCIATION PARTIELLE / COORDINATION DES PRESTATIONS

En remplissant cette section, je choisis de renoncer aux garanties cochées ci-dessous parce qu'une protection comparable m'est offerte — à moi ou à mes personnes à ma charge — dans le cadre d'un autre régime collectif.

Compagnie d'assurance	Numéro du groupe	Numéro d'identification
-----------------------	------------------	-------------------------

RENONCIATION À LA PROTECTION

Pour moi et mes personnes à charge :	Je renonce à l'assurance soins médicaux complémentaire Je renonce à l'assurance soins dentaires
Pour moi seulement :	Je renonce à l'assurance soins médicaux complémentaire Je renonce à l'assurance soins dentaires

INSCRIPTION DE L'EMPLOYÉ

SECTION 4 : RENONCIATION PARTIELLE / COORDINATION DES PRESTATIONS (SUITE)

Cette protection est-elle comparable à celle offerte par le régime collectif du conjoint?

Oui Non

Si la protection n'est pas assurée par un régime collectif du conjoint, veuillez fournir les détails ci-dessous.

Coordination des prestations en vertu du régime du conjoint

Pour moi et mes personnes à charge :	Coordonner l'assurance soins médicaux complémentaire Coordonner l'assurance soins dentaires
--------------------------------------	--

Pour moi seulement :	Coordonner l'assurance soins médicaux complémentaire Coordonner l'assurance soins dentaires
----------------------	--

Protection au titre de la RAMQ (pour les résidents du Québec âgés de 65 ans et plus)

Participant au régime : RAMQ Protection individuelle Les deux

Conjoint : RAMQ Protection individuelle Les deux

SECTION 5 : DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES

Si vous désignez plusieurs bénéficiaires, la répartition totale des parts doit être égale à 100 %. Si l'un de vos bénéficiaires est mineur, vous devez désigner un fiduciaire révocable qui recevra toute somme due à votre bénéficiaire aussi longtemps que celui-ci est mineur. Une date de naissance doit être fournie pour tout bénéficiaire mineur.

Bénéficiaires irrévocables/révocables

Une fois qu'un bénéficiaire irrévocable a été désigné, vous ne pouvez pas le changer ou le révoquer sans sa signature. Un mineur ne doit pas être désigné comme bénéficiaire irrévocable. Un bénéficiaire irrévocable mineur ne peut pas consentir à un changement de bénéficiaire et un parent ou un tuteur ne peut pas signer au nom d'un enfant mineur à cette fin. Tous les bénéficiaires sont présumés révocables à moins que vous ne cochiez la case irrévocable, sauf au Québec. Au Québec, si un conjoint marié ou uni civilement est désigné comme bénéficiaire, la désignation est irrévocable, sauf indication contraire.

Nom légal complet	Lien	Date de naissance (si mineur)	Part (pourcentage)	Statut de révocabilité
			%	Révocable Irrévocable
			%	Révocable Irrévocable
			%	Révocable Irrévocable
			%	Révocable Irrévocable

Désignation du fiduciaire (obligatoire, si le bénéficiaire est mineur)

Nom légal complet du fiduciaire

INSCRIPTION DE L'EMPLOYÉ

SECTION 6 : CONSENTEMENT EXPRÈS EN VERTU DE LA LOI CANADIENNE ANTI-POURRIEL (LCAP)

BBD utilisera l'adresse de courriel indiquée à la section 2 pour vous contacter et vous communiquer des informations relatives à l'administration de votre régime d'avantages sociaux, y compris les demandes de règlement.

De temps à autre, BBD aimerait vous envoyer des notifications promotionnelles pour s'assurer que vous êtes au courant des derniers et des meilleurs produits et services que nous offrons.

Conformément à la LCAP, en cochant la case ci-dessous, vous consentez expressément à recevoir, pendant et après la réception de votre protection par BBD, des messages électroniques commerciaux (y compris des courriels) de BBD vous fournissant des informations sur les services de BBD, y compris le marketing direct des garanties personnelles, sous forme de bulletins d'information, de mises à jour, d'alertes, d'autres publications électroniques et de communications.

Pour vous désabonner : À tout moment, vous pouvez retirer ce consentement ou modifier vos préférences quant aux types de messages électroniques commerciaux que vous recevez de BBD en la notifiant au 1 888 272-0413, en visitant le Centre de souscription sur le site Web de BBD, ou en utilisant le mécanisme de désabonnement de tout message électronique commercial de BBD.

Oui, j'accepte. Veuillez me contacter en utilisant l'adresse de courriel fournie à la section 2.

Oui, j'accepte. Veuillez me contacter en utilisant l'adresse de courriel fournie ci-dessous.

Adresse de courriel : _____

Non, ne m'envoyez pas de courriel. Je continuerai à recevoir des courriels concernant mon régime d'avantages sociaux et mes demandes de règlement.

SECTION 7 : CONFIRMATION DE L'EMPLOYÉ

JE RECONNAIS ET J'ACCEPTÉ que le(s) contrat(s) entre mon employeur et l'assureur ou les assureurs et les prestataires de services de ma protection en matière d'avantages sociaux prévoit(nt) des retenues de cotisations sur mon salaire et J'AUTORISE mon employeur à effectuer toutes ces retenues.

J'AUTORISE BBD à collecter, utiliser et divulguer mes renseignements personnels et ceux de mes personnes à charge et bénéficiaires pour ma protection en matière d'avantages sociaux, conformément à [la politique sur la confidentialité de BBD](#) en vigueur de temps à autre. Le fait que je continue à fournir des renseignements personnels à BBD ou à utiliser les services de BBD après toute modification de la politique sur la confidentialité de BBD implique que j'accepte toute modification de la politique sur la confidentialité de BBD de temps à autre.

JE COMPRENDS que le présent document original et tous les autres renseignements personnels me concernant ainsi que mes personnes à charge et bénéficiaires de ma protection sont la propriété de BBD et seront conservés par BBD conformément à ses exigences en matière de tenue de dossiers et comme l'exigent la loi, les exigences réglementaires et les dispositions contractuelles de BBD.

INSCRIPTION DE L'EMPLOYÉ

SECTION 7 : CONFIRMATION DE L'EMPLOYÉ (SUITE)

JE CONFIRME que les renseignements que j'ai fournis dans le présent formulaire sont véridiques, exacts et complets.

Signature de l'employé

Date de la signature (mm/jj/aaaa)

X _____

SECTION 8 : COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS

À BBD, nous nous engageons à protéger la vie privée et la confidentialité des renseignements personnels que nous recueillons sur vous et vos personnes à charge. Vos renseignements personnels sont conservés par BBD conformément à notre politique sur la confidentialité. Vous avez le droit de demander l'accès à vos renseignements personnels et, si nécessaire, de corriger toute information inexacte. Pour ce faire, veuillez contacter votre administrateur de régime. L'accès à vos renseignements personnels sera limité comme indiqué dans notre politique sur la confidentialité.

SECTION 9 : SOUMISSION DE FORMULAIRE (POUR LES ADMINISTRATEURS DE RÉGIME)

En tant qu'administrateur du régime, si vous utilisez Nomad pour mettre à jour les renseignements sur les employés, veuillez conserver ce formulaire pour vos dossiers. Si vous n'utilisez pas Nomad, envoyez une copie de ce formulaire à votre gestionnaire de clientèle BBD par courriel ou par courrier et conservez l'original. Vous pouvez soumettre une copie du formulaire aux coordonnées ci-dessous :

En ligne : [Portail de Nomad](#)

**Par la
poste :**

**Entreprise située en Colombie Britan-
nique**

Benefits by Design (BBD) Inc.
500-2755 Lougheed Highway
Port Coquitlam (Colombie-Britannique)
V3B 5Y9

**Entreprise située dans une autre
province**

Benefits by Design (BBD) Inc.
107-6 Cataraqui Street
Kingston (Ontario)
K7K 1Z7