



# DEMANDE DE CHANGEMENT DE L'EMPLOYÉ

GARANTIES SUR MESURE

Dans le présent formulaire, Benefits by Design Inc. est désigné par le sigle BBD.

Pour utiliser ce formulaire, vous devez déjà être inscrit et assuré au titre du régime de votre employeur. Veuillez remplir ce formulaire, le signer et le remettre à votre administrateur de régime. Si vous apportez un changement à vos bénéficiaires, veuillez également remplir le formulaire [Désignation de bénéficiaires](#). Pour une nouvelle inscription, veuillez remplir le formulaire [Inscription de l'employé](#).

## SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

Nom de l'employeur

## SECTION 2 : DEMANDE DE CHANGEMENT DE L'EMPLOYÉ

Nom de famille de l'employé au dossier	Prénom de l'employé au dossier
--	--------------------------------

Nouveau nom de famille

Motif du changement de nom  
 Mariage      Divorce/séparation      Renseignements erronés au dossier  
 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Nouvelle adresse du domicile

Ville	Province	Code postal	Date d'entrée en vigueur du changement
-------	----------	-------------	--

## MOTIF DU CHANGEMENT

Mariage      Date du mariage (mm/jj/aaaa) :

Conjoint de fait      Date de la cohabitation (mm/jj/aaaa) :

Naissance ou adoption      S'il s'agit d'une adoption, fournir la date :

Enfants du conjoint de fait (doit résider avec vous)  
Date de reconnaissance des personnes à charge (mm/jj/aaaa) :

Séparation ou divorce      Date de la séparation ou du divorce :  
 L'ex-conjoint doit-il rester couvert? \*      Oui      Non  
 Les enfants doivent-ils rester couverts? \*      Oui      Non  
 \*Remplir les sections relatives à la réintégration ou à la renonciation partielle.

Décès d'une personne à charge  
 Date du décès (mm/jj/aaaa) : \_\_\_\_\_  
 Nom de la personne à charge : \_\_\_\_\_  
 Lien : \_\_\_\_\_

Autre (précisez, y compris la date du changement) : \_\_\_\_\_

## DEMANDE DE CHANGEMENT DE L'EMPLOYÉ

SECTION 3 : PROTECTION DES PERSONNES À CHARGE					
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
Le conjoint Ajouter Retirer				Homme Femme Non divulgué	
L'enfant Ajouter Retirer				Homme Femme Non divulgué	
L'enfant Ajouter Retirer				Homme Femme Non divulgué	
L'enfant Ajouter Retirer				Homme Femme Non divulgué	

### SECTION 4 : RENONCIATION PARTIELLE

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

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.

### 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
Le conjoint :	RAMQ	Protection individuelle	Les deux

## DEMANDE DE CHANGEMENT DE L'EMPLOYÉ

### SECTION 5 : RÉTABLISSEMENT DES GARANTIES AYANT FAIT L'OBJET D'UNE RENONCIATION

En remplissant cette section, je souhaite souscrire à nouveau l'assurance soins médicaux ou dentaires de mon employeur, à laquelle j'ai renoncé précédemment.

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

### MOTIF DE LA DEMANDE

Résiliation d'un autre régime.  
Date de résiliation du régime (mm/jj/aaaa) \_\_\_\_\_  
Separation or Divorce.  
Date de résiliation du régime (mm/jj/aaaa) \_\_\_\_\_  
Si vous avez des enfants, sont-ils toujours couverts par un autre régime?  
Oui (précisez ci-dessous) Non

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

### SECTION 6 : DÉCLARATION ET AUTORISATION

**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. La version la plus récente de la politique sur la confidentialité de BBD se trouve à l'adresse suivante : [www.bbd.ca/privacy/](http://www.bbd.ca/privacy/). 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.

**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 \_\_\_\_\_

# DEMANDE DE CHANGEMENT DE L'EMPLOYÉ

## SECTION 7 : 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 8 : 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-Britannique**  
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