

Régime d'assurance collective

Ce document est un résumé des protections offertes aux personnes assurées en vertu du contrat protégeant les avocats et notaires de l'État québécois (LANEQ).

Il a été conçu pour faciliter votre choix lors de l'adhésion et comporte les éléments les plus fréquemment consultés par les personnes assurées.

Pour connaître les détails du régime, les conditions d'adhésion ainsi que les exclusions et réductions applicables, veuillez consulter la version administrative de votre contrat disponible dans votre Espace client.

Important

Vous devez effectuer votre choix de protections au cours des 31 jours suivant la date à laquelle vous devenez admissible. Toute demande de modification de protection doit aussi être présentée au cours des 31 jours suivant la date de l'événement ou de la situation vous permettant de revoir votre choix. Au-delà de ce délai, des conditions différentes s'appliquent.

Sommaire des protections

Les zones colorées vous permettent d'identifier en un coup d'œil les bénéfices additionnels d'un régime à l'autre
Le module choisi doit être maintenu pour une période minimale de 36 mois.

Régime d'assurance vie	Module bronze	Module Argent	Module Or	Module Enrichi (disponible uniquement pour les adhérents qui détenaient ce module le 1 ^{er} mai 2019 et qui l'ont conservé)
1. Assurance vie de base de l'adhérent				
Montant d'assurance	100 % du traitement annuel	100 % du traitement annuel	200 % du traitement annuel	200 % du traitement annuel
Réduction	75 % à 70 ans	75 % à 70 ans	75 % à 70 ans	75 % à 70 ans
Réduction additionnelle	50 % à 75 ans	50 % à 75 ans	50 % à 75 ans	50 % à 75 ans
2. Assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge*				
Montant d'assurance	Conjoint: 10 000 \$ Enfant à charge: 10 000 \$	Conjoint: 10 000 \$ Enfant à charge: 10 000 \$	Conjoint: 10 000 \$ Enfant à charge: 10 000 \$	Conjoint: 10 000 \$ Enfant à charge: 10 000 \$
3. Assurance mort et mutilation accidentelles				
Montant d'assurance	100 % du traitement annuel	100 % du traitement annuel	200 % du traitement annuel	200 % du traitement annuel
Réduction	75 % à 70 ans	75 % à 70 ans	75 % à 70 ans	75 % à 70 ans
Réduction additionnelle	50 % à 75 ans	50 % à 75 ans	50 % à 75 ans	50 % à 75 ans
4. Assurance vie additionnelle de l'adhérent				
Montant d'assurance	1 à 12 tranches de ½ fois le traitement annuel	1 à 12 tranches de ½ fois le traitement annuel	1 à 12 tranches de ½ fois le traitement annuel	1 à 12 tranches de ½ fois le traitement annuel
Réduction	50 % à 70 ans	50 % à 70 ans	50 % à 70 ans	50 % à 70 ans
Réduction additionnelle	10 % du montant initial à chaque année suivant l'âge de 70 ans	10 % du montant initial à chaque année suivant l'âge de 70 ans	10 % du montant initial à chaque année suivant l'âge de 70 ans	10 % du montant initial à chaque année suivant l'âge de 70 ans
Terminaison	75 ans	75 ans	75 ans	75 ans
5. Assurance vie additionnelle du conjoint et des enfants à charge				
Montant d'assurance	Conjoint: 1 à 20 tranches de 10 000 \$ Enfant à charge: 1 à 5 tranches de 10 000 \$	Conjoint: 1 à 20 tranches de 10 000 \$ Enfant à charge: 1 à 5 tranches de 10 000 \$	Conjoint: 1 à 20 tranches de 10 000 \$ Enfant à charge: 1 à 5 tranches de 10 000 \$	Conjoint: 1 à 20 tranches de 10 000 \$ Enfant à charge: 1 à 5 tranches de 10 000 \$
Réduction	50 % au 70 ^e anniversaire de l'adhérent	50 % au 70 ^e anniversaire de l'adhérent	50 % au 70 ^e anniversaire de l'adhérent	50 % au 70 ^e anniversaire de l'adhérent
Réduction additionnelle	10 % du montant initial à chaque année suivant le 70 ^e anniversaire de l'adhérent	10 % du montant initial à chaque année suivant le 70 ^e anniversaire de l'adhérent	10 % du montant initial à chaque année suivant le 70 ^e anniversaire de l'adhérent	10 % du montant initial à chaque année suivant le 70 ^e anniversaire de l'adhérent
Terminaison	au 75 ^e anniversaire de l'adhérent	au 75 ^e anniversaire de l'adhérent	au 75 ^e anniversaire de l'adhérent	au 75 ^e anniversaire de l'adhérent
6. Assurance maladies graves				
Montant d'assurance	Adhérent: 5 à 30 tranches de 5 000 \$ Conjoint: 5 à 30 tranches de 5 000 \$	Adhérent: 5 à 30 tranches de 5 000 \$ Conjoint: 5 à 30 tranches de 5 000 \$	Adhérent: 5 à 30 tranches de 5 000 \$ Conjoint: 5 à 30 tranches de 5 000 \$	Adhérent: 5 à 30 tranches de 5 000 \$ Conjoint: 5 à 30 tranches de 5 000 \$
Terminaison	65 ^e anniversaire de l'adhérent	65 ^e anniversaire de l'adhérent	65 ^e anniversaire de l'adhérent	65 ^e anniversaire de l'adhérent

* L'adhérent doit détenir une protection familiale pour que les personnes à charge soient admissibles à cette garantie.

Les maximums indiqués sont par personne assurée et par année civile, à moins d'indication contraire.

Régime d'assurance maladie	Module Bronze	Module Argent	Module Or	Module Enrichi (disponible uniquement pour les adhérents qui détenaient ce module le 1 ^{er} mai 2019 et qui l'ont conservé)
1. Frais exempts de franchise et remboursés à 100 %				
Hospitalisation	Non couverte	Chambre à deux lits	Chambre à deux lits	Chambre à un lit
Établissement pour convalescents	Non couvert	Chambre à deux lits/maximum 60 jours	Chambre à deux lits/maximum 60 jours	Chambre à deux lits/maximum 60 jours
Soins de longue durée	Non couverts	Chambre à deux lits/maximum 180 jours	Chambre à deux lits/maximum 180 jours	Chambre à deux lits/maximum 180 jours
Assurance voyage	Non couverte	Maximum viager de 5 000 000 \$ Durée maximale du séjour : 6 mois	Maximum viager de 5 000 000 \$ Durée maximale du séjour : 6 mois	Maximum viager de 5 000 000 \$ Durée maximale du séjour : 6 mois
Assurance annulation de voyage	Non couverte	Maximum 5 000 \$/voyage	Maximum 5 000 \$/voyage	Maximum 5 000 \$/voyage
2. Frais de médicaments et frais complémentaires				
Coassurance	Frais remboursés à 100 % une fois le maximum de débours annuel fixé par la RAMQ pour le régime public d'assurance médicaments du Québec atteint ¹ . Seuls les médicaments et les services pharmaceutiques prévus en vertu des dispositions du régime public d'assurance médicaments de la province de résidence sont admissibles.	Médicaments et autres frais 80 % des premiers 2 750 \$ de frais admissibles par certificat, incluant la franchise, et 100 % de l'excédent	Médicaments et autres frais 85 % des premiers 4 292 \$ de frais admissibles par certificat, incluant la franchise, et 100 % de l'excédent	Médicaments et autres frais 90 % des premiers 6 375 \$ de frais admissibles par certificat, incluant la franchise, et 100 % de l'excédent
Médicaments	Substitution générique obligatoire ²	Substitution générique obligatoire ²	Substitution générique obligatoire ²	Substitution générique obligatoire ²
Service de paiement automatisé	Direct	Direct	Direct	Direct
Franchise annuelle applicable sur les frais de médicaments, les frais complémentaires et les frais de professionnels de la santé	Franchise variable selon le maximum de débours annuel fixé par la RAMQ.	Protection individuelle: 100 \$ Protection monoparentale: 200 \$ par certificat Protection familiale: 250 \$ par certificat	Protection individuelle: 50 \$ Protection monoparentale: 100 \$ par certificat Protection familiale: 125 \$ par certificat	Protection individuelle: 50 \$ Protection monoparentale: 100 \$ par certificat Protection familiale: 125 \$ par certificat
Ambulance	Non couverte	Frais usuels et raisonnables	Frais usuels et raisonnables	Frais usuels et raisonnables
Appareils auditifs	Non couverts	Maximum admissible de 1 500 \$/48 mois consécutifs/assuré	Maximum admissible de 1 500 \$/48 mois consécutifs/assuré	Maximum admissible de 1 500 \$/48 mois consécutifs/assuré
Appareils thérapeutiques	Non couverts	Maximum viager admissible de 12 500 \$	Maximum viager admissible de 12 500 \$	Maximum viager admissible de 12 500 \$
Bas de soutien	Non couverts	Maximum de 3 paires	Maximum de 3 paires	Maximum de 3 paires
Chaussures orthopédiques	Non couvertes	Maximum admissible de 625 \$	Maximum admissible de 625 \$	Maximum admissible de 1 000 \$
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident	Non couverte	Maximum admissible de 6 250 \$/accident	Maximum admissible de 6 250 \$/accident	Maximum admissible de 6 250 \$/accident
Dentiste, à la suite d'un accident	Non couvert	Frais usuels et raisonnables	Frais usuels et raisonnables	Frais usuels et raisonnables

1. Au 1^{er} juillet 2024, le maximum de débours annuel fixé par la RAMQ est de 1 196 \$ | 2. Lorsqu'une personne assurée fait l'achat d'un médicament de marque pour lequel il existe une version générique, le montant du remboursement est limité à celui prévu pour le médicament générique le moins cher. S'il existe des contre-indications médicales qui empêchent la personne assurée d'utiliser un médicament générique, le médicament original peut être remboursé selon le coût prévu pour le médicament original. Pour ce faire, la personne assurée doit faire remplir, à ses frais, le formulaire « Demande de remboursement pour un médicament de marque » par son professionnel de la santé. Pour obtenir le remboursement selon le prix du médicament original, la demande doit être acceptée par l'Assureur. Le formulaire est disponible sur le site Internet de Beneva.

Les maximums indiqués sont par personne assurée et par année civile, à moins d'indication contraire.

Régime d'assurance maladie	Module Bronze	Module Argent	Module Or	Module Enrichi (disponible uniquement pour les adhérents qui détenaient ce module le 1 ^{er} mai 2019 et qui l'ont conservé)
2. Frais de médicaments et frais complémentaires (suite)				
Fauteuil roulant, lit de type hospitalier	Non couvert	Frais usuels et raisonnables	Frais usuels et raisonnables	Frais usuels et raisonnables
Glucomètre ou dextromètre	Non couvert	Maximum admissible de 300 \$/60 mois consécutifs	Maximum admissible de 300 \$/60 mois consécutifs	Maximum admissible de 300 \$/60 mois consécutifs
Imagerie par résonance magnétique, test effectué à l'extérieur d'un centre hospitalier à des fins de diagnostic	Non couverte	Maximum admissible de 750 \$	Maximum admissible de 750 \$	Maximum admissible de 750 \$
Infirmiers licenciés ou auxiliaires à domicile	Non couverts	Maximum admissible de 6 250 \$	Maximum admissible de 6 250 \$	Maximum admissible de 6 250 \$
Injections sclérosantes	Non couvertes	Maximum admissible de 25 \$/traitement	Maximum admissible de 25 \$/traitement	Maximum admissible de 25 \$/traitement
Membres artificiels	Non couverts	Frais usuels et raisonnables	Frais usuels et raisonnables	Frais usuels et raisonnables
Multiservices (service d'aide à domicile)	Non couvert	Maximum admissible de 500 \$	Maximum admissible de 500 \$	Maximum admissible de 500 \$
Oxygène, sang et plasma sanguin	Non couverts	Frais usuels et raisonnables	Frais usuels et raisonnables	Frais usuels et raisonnables
Pansements, prothèses, béquilles, attelles, plâtres, bandages herniaires, corsets orthopédiques et autres appareils orthopédiques	Non couverts	Frais usuels et raisonnables	Frais usuels et raisonnables	Frais usuels et raisonnables
Prothèse capillaire	Non couverte	Maximum admissible de 400 \$	Maximum admissible de 400 \$	Maximum admissible de 400 \$
Prothèse mammaire externe	Non couverte	Maximum admissible de 500 \$	Maximum admissible de 500 \$	Maximum admissible de 500 \$
Radiographies, analyses de laboratoire et électrocardiogramme	Non couverts	Frais usuels et raisonnables	Frais usuels et raisonnables	Frais usuels et raisonnables
3. Professionnels de la santé				
Chiropraticiens	Non couverts	Maximum admissible de 750 \$	Maximum admissible de 750 \$	Maximum admissible de 1 000 \$
Chiropraticiens – Radiographies	Non couvertes			
Ergothérapeutes, orthophonistes et audiologistes	Non couverts	Maximum admissible de 750 \$ par professionnel	Maximum admissible de 750 \$ par professionnel	Maximum admissible de 1 000 \$ par professionnel
Podiatres, osthéopathes, naturopathes, homéopathes, massothérapeutes, acupuncteurs et diététiciens	Non couverts	Maximum admissible de 750 \$ par professionnel	Maximum admissible de 750 \$ par professionnel	Maximum admissible de 1 000 \$ par professionnel
Psychanalystes, psychologues et psychothérapeutes	Non couverts	Maximum admissible de 750 \$ par professionnel	Maximum admissible de 750 \$ par professionnel	Maximum admissible de 1 000 \$ par professionnel
Physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique	Non couverts	Maximum admissible de 750 \$ par professionnel	Maximum admissible de 750 \$ par professionnel	Maximum admissible de 1 000 \$ par professionnel

Les maximums indiqués sont par personne assurée et par année civile, à moins d'indication contraire.

Régime d'assurance maladie	Module Bronze	Module Argent	Module Or	Module Enrichi (disponible uniquement pour les adhérents qui détenaient ce module le 1 ^{er} mai 2019 et qui l'ont conservé)
Régime d'assurance soins dentaires				
Frais de prévention	Non couverts	Non couverts	80 %	80 %
Frais de restauration de base et majeure	Non couverts	Non couverts	60 %	80 %
Maximum de remboursement (total des frais de prévention et des frais de restauration de base et majeure)	Non couverts	Non couverts	1 000 \$	1 500 \$
Frais de restauration complexe	Non couverts	Non couverts	Non couverts	50 %
Maximum de remboursement (frais de restauration complexe)	s.o.	s.o.	s.o.	2 000 \$
Franchise	s.o.	s.o.	Aucune	Aucune
Limitation	s.o.	s.o.	Tarifs du guide de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec de l'année en cours	Tarifs du guide de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec de l'année en cours
Fréquence des examens	s.o.	s.o.	1 par période de 9 mois consécutifs	1 par période de 9 mois consécutifs
Régime de soins oculaires				
Achat de lunettes ou de verres de contact, chirurgie au laser	Non couverts	Non couverts	Non couverts	100 % Maximum 200 \$/24 mois consécutifs
Régime d'assurance invalidité de longue durée				
Délai de carence	6 mois, ou épuisement de la banque de congés de maladie si supérieure	6 mois, ou épuisement de la banque de congés de maladie si supérieure	6 mois, ou épuisement de la banque de congés de maladie si supérieure	6 mois, ou épuisement de la banque de congés de maladie si supérieure
Période maximale de prestations	Jusqu'à 65 ans	Jusqu'à 65 ans	Jusqu'à 65 ans	Jusqu'à 65 ans
Prestations maximales mensuelles	13 000 \$	13 000 \$	13 000 \$	13 000 \$
Indexation des prestations	4 %	4 %	4 %	4 %
Maximum de revenus de toutes sources	85 % du traitement net	85 % du traitement net	85 % du traitement net	85 % du traitement net
Prestations imposables	Non	Non	Non	Non
Montant des prestations	Montant nécessaire pour atteindre l'équivalent de 80 % du traitement brut pour la période durant laquelle des prestations d'assurance traitement sont payables par l'employeur. Par la suite, 70 % du traitement brut.	Montant nécessaire pour atteindre l'équivalent de 80 % du traitement brut pour la période durant laquelle des prestations d'assurance traitement sont payables par l'employeur. Par la suite, 70 % du traitement brut.	Montant nécessaire pour atteindre l'équivalent de 80 % du traitement brut pour la période durant laquelle des prestations d'assurance traitement sont payables par l'employeur. Par la suite, 70 % du traitement brut.	Montant nécessaire pour atteindre l'équivalent de 80 % du traitement brut pour la période durant laquelle des prestations d'assurance traitement sont payables par l'employeur. Par la suite, 70 % du traitement brut.

Renseignements généraux

Participation et choix de module

Lors de l'adhésion initiale, la personne employée doit choisir un des 3 modules (Bronze, Argent ou Or) et y maintenir sa participation pour une période minimale de 36 mois. Il est par la suite possible de changer de module en soumettant une demande de changement à l'Assureur dans les 31 jours précédant la date de renouvellement du contrat qui suit la date de terminaison de la période minimale de participation. Si l'adhérent ne soumet pas sa demande à l'intérieur de ce délai, il devra le faire dans les 31 jours précédant la prochaine date de renouvellement du contrat.

Important

L'adhérent assuré en vertu du module enrichi qui choisit un autre module n'aura plus la possibilité de revenir au module enrichi par la suite. Ce choix est définitif.

Dans le cadre d'une nouvelle adhésion, la personne employée qui n'a pas transmis son formulaire à la date prévue se voit octroyer automatiquement le module Argent.

Événements ou situations permettant de modifier votre choix de module

Un adhérent peut changer de module avant l'expiration de la période minimale de participation, dans les cas suivants :

- adoption ou naissance d'un premier enfant ;
- fin de l'admissibilité du dernier enfant à charge ;
- changement de statut marital ;
- fin de l'admissibilité du conjoint à un régime d'assurance collective ;
- décès du conjoint.

L'adhérent doit soumettre à l'Assureur sa demande de changement de module dans les 31 jours suivant la date de l'événement.

Le choix du nouveau module entre en vigueur à la date de l'événement.

Lors d'un changement de module, une nouvelle période minimale de participation débute seulement lorsque l'adhérent choisit un module supérieur à celui qu'il détenait avant le changement. Toutefois, lors d'un changement de statut de protection (individuelle, monoparentale ou familiale) dans le même module, la période obligatoire de maintien de protection de 36 mois déjà en cours se poursuit.

Exonération des primes

Pour tous les régimes : dès la date de début des prestations d'assurance invalidité de longue durée pour la personne adhérente de moins de 65 ans.

Renonciation au régime d'assurance salaire de longue durée

Il est possible dans les situations suivantes rendant l'adhérent inadmissible à recevoir des prestations d'assurance salaire de longue durée de renoncer à ce régime obligatoire :

- l'âge de l'adhérent plus le délai de carence (6 mois ou épuisement de la banque de congés de maladie si supérieure) totalisent 65 ans ;
- l'adhérent s'est engagé auprès de son employeur à prendre sa retraite à l'intérieur d'une période de 6 mois.

Le formulaire prévu à cet effet doit être rempli et acheminé à l'employeur.

Qu'arrive-t-il à la retraite ?

Jusqu'à l'âge de 65 ans, vous avez l'obligation de participer au régime d'assurance maladie des personnes retraitées.

Si vous participiez aux régimes suivants à la date de votre retraite, l'adhésion à ceux-ci est facultative :

- assurance vie de base du retraité
- assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge
- assurance vie additionnelle du conjoint

Pour connaître les détails du régime et les conditions d'adhésion, veuillez consulter la brochure disponible sur le site Internet de Beneva ou dans votre Espace client.

Espace client

En vous inscrivant à l'Espace client, profitez de nos services en ligne :

- Accès au détail des protections détenues
- Réclamation en ligne et remboursement en moins de 48 h pour la plupart des soins de santé
- Suivi des réclamations
- Relevés pour fins fiscales
- Affichage ou impression de la carte de services

Comment s'inscrire ?

Inscrivez-vous à beneva.ca/espaceclient.

Demande de prestations

Médicaments – Service de paiement automatisé direct

Lors de l'achat de médicaments, la personne assurée présente sa carte de services et ne paie que pour la partie non assurée.

Soins médicaux et paramédicaux

Vous pouvez soumettre vos réclamations directement à partir de l'Espace client.

- **Professionnels de la santé :** vous saisissez les renseignements requis (type de professionnel, montant réclamé, nom du professionnel, etc.) et obtenez le remboursement dans votre compte bancaire dans les 24 à 48 heures*.
- **Autres frais :** vous pouvez soumettre vos réclamations en joignant des photos de vos reçus. Les délais courants de traitement s'appliquent pour ces frais.
- **Soins dentaires :** lors d'une visite chez le dentiste, la personne assurée présente sa carte de services. Il n'y a aucun formulaire de demande de prestations à remplir puisque la partie assurée des soins est réclamée directement par le dentiste à l'Assureur. Si le cabinet de dentiste n'est pas relié à ce service, la personne assurée doit acquitter entièrement les frais et faire parvenir une demande de prestations à l'Assureur.

Les reçus doivent être conservés pendant 12 mois au cas où une vérification serait requise.

Téléchargez l'application mobile de l'Espace client sur App Store ou Google Play.

* Ce délai peut varier en fonction de votre institution financière.

Assurance voyage

Depuis le 1^{er} octobre 2020, des modifications ont été apportées à l'assurance voyage selon le niveau d'avertissement émis par le Gouvernement du Canada.

Vous partez en voyage ? Avant votre départ, assurez-vous que votre condition de santé est bonne et stable et que vous êtes admissible à l'assurance voyage. En cas de doute, communiquez avec l'Assisteur, qui vous fournira des renseignements au sujet de votre admissibilité.

Pour joindre Canassistance

- Au Canada et aux États-Unis : 1 855 635-9460
- Ailleurs dans le monde, à frais virés : 418 780-9460

Tarification par 14 jours en vigueur au 1^{er} mai 2025

Ces taux n'incluent pas la taxe de vente de 9 %.



Les avocats et notaires
de l'État québécois

Protection	Module bronze	Module argent	Module or	Module enrichi (fermé)
Assurance vie de base de l'adhérent	0,1336 % du salaire	0,1336 % du salaire	0,2673 % du salaire	0,2673 % du salaire
Assurance mort et mutilation accidentelles	0,0451 % du salaire	0,0451 % du salaire	0,0903 % du salaire	0,0903 % du salaire
Assurance vie des personnes à charge	2,03 \$ par famille	2,03 \$ par famille	2,03 \$ par famille	2,03 \$ par famille
Assurance salaire de longue durée	1,3465 % du salaire	1,3465 % du salaire	1,3465 % du salaire	1,3465 % du salaire
Assurance maladie				
– Individuelle	51,46 \$*	130,81 \$*	165,73 \$* (Incluant les soins dentaires)	202,40 \$* (Incluant les soins dentaires et les soins oculaires)
– Monoparentale	82,41 \$*	209,51 \$*	267,92 \$* (Incluant les soins dentaires)	322,93 \$* (Incluant les soins dentaires et les soins oculaires)
– Familiale	119,28 \$*	303,25 \$*	385,69 \$* (Incluant les soins dentaires)	469,89 \$* (Incluant les soins dentaires et les soins oculaires)

* La contribution de l'employeur doit être soustraite de cette prime totale (employé/employeur).

Garantie d'assurance vie additionnelle de l'adhérent (par 1 000 \$ d'assurance)

Âge de l'adhérent	Homme		Femme	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
Moins de 30 ans	0,04 \$	0,03 \$	0,04 \$	0,02 \$
30 à 34 ans	0,04 \$	0,03 \$	0,04 \$	0,02 \$
35 à 39 ans	0,06 \$	0,04 \$	0,04 \$	0,03 \$
40 à 44 ans	0,10 \$	0,06 \$	0,07 \$	0,04 \$
45 à 49 ans	0,16 \$	0,10 \$	0,10 \$	0,07 \$
50 à 54 ans	0,26 \$	0,16 \$	0,16 \$	0,10 \$
55 à 59 ans	0,43 \$	0,26 \$	0,26 \$	0,16 \$
60 à 64 ans	0,68 \$	0,42 \$	0,40 \$	0,24 \$
65 à 69 ans	0,92 \$	0,57 \$	0,54 \$	0,34 \$
70 à 74 ans	1,49 \$	0,93 \$	0,95 \$	0,59 \$

Garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint (par 10 000 \$ d'assurance)

Âge de l'adhérent	Homme		Femme	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
Moins de 30 ans	0,40 \$	0,30 \$	0,40 \$	0,20 \$
30 à 34 ans	0,40 \$	0,30 \$	0,40 \$	0,20 \$
35 à 39 ans	0,60 \$	0,40 \$	0,40 \$	0,30 \$
40 à 44 ans	1,00 \$	0,60 \$	0,70 \$	0,40 \$
45 à 49 ans	1,60 \$	1,00 \$	1,00 \$	0,70 \$
50 à 54 ans	2,60 \$	1,60 \$	1,60 \$	1,00 \$
55 à 59 ans	4,30 \$	2,60 \$	2,60 \$	1,60 \$
60 à 64 ans	6,80 \$	4,20 \$	4,00 \$	2,40 \$
65 à 69 ans	9,20 \$	5,70 \$	5,40 \$	3,40 \$
70 à 74 ans	14,90 \$	9,30 \$	9,50 \$	5,90 \$

La tarification pour l'assurance vie additionnelle du conjoint est basée sur l'âge de l'adhérent mais sur le sexe et les habitudes tabagiques du conjoint.

Garantie d'assurance maladies graves (par 1 000 \$ d'assurance)

Âge de l'adhérent	Adhérent et conjoint	
	Homme	Femme
Moins de 25 ans	0,017 \$	0,021 \$
25 à 29 ans	0,019 \$	0,019 \$
30 à 34 ans	0,023 \$	0,020 \$
35 à 39 ans	0,038 \$	0,025 \$
40 à 44 ans	0,061 \$	0,034 \$
45 à 49 ans	0,113 \$	0,060 \$
50 à 54 ans	0,178 \$	0,096 \$
55 à 59 ans	0,274 \$	0,146 \$
60 à 64 ans	0,454 \$	0,264 \$

La tarification pour la garantie d'assurance maladies graves du conjoint est basée sur l'âge de l'adhérent mais sur le sexe du conjoint.

Garantie d'assurance vie additionnelle de l'enfant à charge (par 10 000 \$ d'assurance) : 0,33 \$



**Questions à propos de votre régime
ou suivi de vos demandes de prestations**

Service à la clientèle de Beneva

625, rue Jacques-Parizeau Case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9

1 800 463-4856

Pour les heures d'ouverture, consultez le beneva.ca