



1- Renseignements généraux

Nom

Prénom

N° d'assurance sociale

Adresse

N° tél. au travail

Ville

Province

N° tél. à la résidence

Courriel

Code postal

Date de naissance

Sexe à la naissance

Communication

Désignation de la personne conjointe

Personne conjointe : nom avant mariage et prénom

Sexe à la naissance

Date de naissance

2- Régimes

Adhésion

Changement

1 RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE DE BASE

Vous devez choisir un des statuts de protections suivants.

2 SERVICE OBLIGATOIRE DE TÉLÉMÉDECINE

3 RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

(Ces deux garanties sont indissociables. Le statut de protection choisi pour le régime d'assurance maladie de base s'appliquera également au régime d'assurance maladie complémentaire.)

4 RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE

(Le montant de protection est équivalent à une fois le traitement annuel)

5 RÉGIME OPTIONNEL D'ASSURANCE VIE

a) ASSURANCE VIE DE BASE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

Prérequis à toutes les autres garanties ci-dessous

b) ASSURANCE VIE DE BASE DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE

• Enfants à charge seulement

• Enfants à charge et conjoint(e)

Prérequis à la garantie décrite en e)

c) ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

d) ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

(Le montant total de protection choisi peut être de 1, 2 ou 3 fois le traitement annuel)

e) ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE CONJOINTE

(Le montant de protection choisi peut être de 1 à 10 tranches de 10 000 \$)

IND

FAM

MONO

EXEMPTION*

IND

FAM

MONO

EXEMPTION*

J'AJOUTE

J'ENLÈVE

EXEMPTION*

FIN EXEMPTION*

EXEMPTION*

AUGMENTER À

RÉDUIRE À

fois

fois

fois

(Indiquer le nombre total de fois désiré)

(Indiquer le nombre total de fois désiré)

(Indiquer le nombre total de fois désiré)

tranches de 10 000 \$

tranches de 10 000 \$

tranches de 10 000 \$

(Indiquer le nombre total de tranches désiré)

(Indiquer le nombre total de tranches désiré)

(Indiquer le nombre total de tranches désiré)

* LA SECTION 5 CONCERNANT L'EXEMPTION DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE PAR L'EMPLOYEUR.

Événement justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement (Pour la cohabitation, indiquez la date de début)

(Compléter la section 4 s'il y a lieu)

1. COHABITATION

1.1 Un enfant est-il issu de l'union?

Si oui, date de naissance de l'enfant

1.2 Date de début de cohabitation

2. MARIAGE OU UNION CIVILE

3. ADOPTION

4. NAISSANCE

5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT

6. SÉPARATION

7. DIVORCE

8. CESSATION DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE CONJOINTE

3- Bénéficiaire

Je désigne comme bénéficiaire (au décès) :

Conjoint(e) légal(e) (1)

Conjoint(e) de fait (7)

Fils-filles (2)

Conjoint(e) légal(e) et fils - filles (6)

Père-mère (3)

Conjoint(e) de fait et fils - filles (8)

Frères-Soeurs (4)

Le bénéficiaire est révoquant*

Le bénéficiaire est irrévocable*

Nom(s) du(des) bénéficiaire(s) :

OU

La somme assurée sera payable à la succession de l'adhérent

* Au Québec, en l'absence de choix à cette question, la désignation du conjoint légal est irrévocable et la désignation de tout autre bénéficiaire est révoquant.

4- Employeur

N° ministère

Centre de resp.

Date de l'emploi

Date de mutation

N° du groupe

Nom du ministère ou organisme

Numéro d'employé(e)

STATUT D'ENGAGEMENT

SYSTÈME DE PAIE

Salaire annuel

Je certifie que les renseignements sont exacts et complets

Date

Nom et prénom en lettres moulées

N° tél.:

Poste:

Signature du représentant de l'employeur

Commentaires

5- Exemption

Début d'exemption

Date de début d'exemption

Conservez la preuve de l'existence d'une assurance permettant l'exemption.

Fin d'exemption

Date de la fin d'exemption

Conservez la preuve de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption.

6- Déclaration de statut de personne non-fumeuse

«Je soussigné(e), déclare être une personne non-fumeuse et n'avoir fumé au cours des douze (12) derniers mois aucun produit de tabac tel que cigarette, cigare, cigarillo ou pipe, ni aucune drogue. Il est entendu que Beneva peut demander périodiquement une confirmation de statut de personne non-fumeuse: la personne adhérente ou sa personne conjointe, s'il y a lieu, doit alors être en mesure de répondre aux exigences en vigueur à cette date et retourner sa confirmation dans les 30 jours suivant la demande, faute de quoi, elle perd son statut de personne non-fumeuse et la réduction de prime qui s'y rattache cesse à compter de la date de la demande de Beneva. Je reconnais également que toute fausse déclaration peut entraîner la nullité de la protection.»

Date:

Signature de la personne adhérente

Date:

Signature de la personne conjointe

7- Signature de la personne adhérente

J'autorise mon employeur et Beneva inc. à recueillir, utiliser et communiquer mes renseignements personnels dans le cadre de l'administration de mon contrat d'assurance collective. Je reconnais de plus avoir pris connaissance de l'avis concernant la protection des renseignements personnels et certifie que les renseignements inscrits sont exacts et complets.

J'autorise mon employeur et Beneva inc. à recueillir, utiliser et communiquer mon numéro d'assurance sociale à des fins d'identification.

J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les primes requises en vertu des régimes que j'ai choisis.

Date:

Signature de la personne adhérente

Dans le présent document, Beneva désigne Beneva inc.

FV5341F (2025-10)

Pour Beneva¹, protéger vos renseignements personnels est primordial. C'est pourquoi nous vous informons que nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels avec votre consentement, à moins que la loi nous autorise à le faire autrement, et ce, pour la durée nécessaire aux fins ci-dessous :

- vous identifier
- établir et mettre à jour votre profil, vos besoins et vos objectifs
- évaluer vos demandes et votre admissibilité à nos produits et services
- vous communiquer des conseils liés à votre situation
- administrer vos contrats ainsi que vos produits ou services (ex. : tarification, sélection des risques, souscription, traitement de vos réclamations, etc.)
- se conformer à des exigences légales et réglementaires (ex. : pour prévenir, détecter ou réprimer les infractions, les cybermenaces, la fraude, etc.)
- obtenir votre opinion en lien avec nos produits ou services
- vous proposer des offres et des conseils personnalisés sur nos produits ou nos services selon vos préférences et conformément aux règles relatives aux communications électroniques et téléphoniques
- mener des études et des recherches incluant la conception et l'application de modèles statistiques dont certains peuvent permettre de créer ou d'inférer de nouvelles informations à votre sujet

De quelles façons Beneva recueille vos renseignements personnels ?

Nous pouvons recueillir vos renseignements personnels par téléphone, en personne, et à l'aide de nos formulaires et de nos interfaces numériques.

À qui Beneva communique vos renseignements personnels ?

Pour les raisons mentionnées plus tôt, et seulement s'ils sont liés à vos produits ou services, nous communiquons vos renseignements personnels à nos sociétés affiliées et à nos réseaux de distribution ainsi qu'à des tiers, dont certains peuvent être situés à l'extérieur du Québec et du Canada.

Ces tiers peuvent inclure :

- d'autres institutions financières, comme des assureurs et des réassureurs
- d'autres organismes ou entités détenant des renseignements sur vous, entre autres, en assurance, en fraude ou en indemnisation
- des intermédiaires
- des agences d'évaluation du crédit
- des ministères et des organismes gouvernementaux ou des autorités réglementaires
- des employeurs
- des fournisseurs de services en lien avec une réclamation, comme des professionnels de la santé et des ateliers de réparation automobile
- d'autres mandataires et fournisseurs de services (services technologiques, services d'impression et d'expédition de documents, etc.)

Notez que dans tous les cas, nous nous assurons qu'ils respectent la protection de vos renseignements personnels.

Quels sont vos droits d'accès et de rectification ?

Accéder à vos renseignements personnels ou demander la correction d'un renseignement incomplet ou inexact est possible. Transmettez-nous une demande à l'adresse suivante :

Responsable de la protection des renseignements personnels

Beneva
2525, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 2L2
responsableprp@beneva.ca

Pour en savoir plus sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, consultez la version complète de notre Énoncé de confidentialité au beneva.ca/fr/notes-juridique-confidentialite/protection-renseignements-personnels.

Votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication de vos renseignements personnels est nécessaire à la fourniture du produit ou service demandé ou offert. Vous avez le droit de retirer votre consentement, mais Beneva ne pourra toutefois plus continuer à vous offrir ses produits ou services.

1. Le terme « Beneva » signifie Beneva inc., ses sociétés affiliées, leurs mutuelles et ses réseaux de distribution. Les sociétés affiliées de Beneva inc. désignent, Services d'investissement Beneva inc., Société d'assurance Beneva inc., L'Unique assurances générales inc. et Unica assurances inc.