

CONTRAT : Y9999

1. Identification de la personne adhérente

		A A A A M M J J	
Nom	Prénom	Date de naissance	N° d'employé(e)

2. Renseignements généraux

Adresse postale	Ville	Code postal

Adresse de courriel	N° téléphone principal	N° téléphone autre

Langue : ☐ Fr ☐ Ang Sexe à la naissance : ☐ F ☐ M

Occupez-vous un autre poste ou une autre fonction chez un autre employeur? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous en congé sans traitement? ☐ Oui ☐ Non

3. Désignation de la personne conjointe

Pour fins de participation au régime facultatif d'assurance vie additionnelle et au régime de rentes de survivants.

		A A A A M M J J	
Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe à la naissance
			☐ F ☐ M

4. Régime obligatoire d'assurance accident maladie

☐ Individuel ☐ Monoparental ☐ Familial ☐ Exemption (Vous devez fournir votre preuve d'exemption à votre employeur)

5. Régime facultatif d'assurance vie additionnelle

Assurance vie additionnelle de la personne adhérente : 1 à 5 fois le salaire annuel	Assurance vie additionnelle de la personne conjointe : 1 à 10 unités de 10 000 \$
fois le salaire annuel	unité(s) de 10 000 \$

6. Bénéficiaire

IMPORTANT : 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 révocable.

Je désigne comme bénéficiaire (au décès) :

☐ Succession de la personne adhérente	☐ Filles / Fils	☐ Mère / Père
☐ Conjoint(e) légal(e)	☐ Conjoint(e) légal(e) et filles / fils	☐ Sœurs / Frères
☐ Conjoint(e) de fait	☐ Conjoint(e) de fait et filles / fils	☐ Autre

Nom(s) du (des) bénéficiaire(s) :

Le(s) bénéficiaire(s) est (sont) : ☐ Révocable(s) ☐ Irrévocable(s)

7. Déclaration de personne non fumeuse

• La tarification de l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente tient compte de l'âge, du sexe à la naissance et **des habitudes tabagiques de la personne adhérente**.

• La tarification de l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe tient aussi compte de l'âge de la personne adhérente, mais est basée sur le sexe à la naissance et **les habitudes tabagiques de la personne conjointe**.

• Pour se prévaloir de la tarification réduite offerte à la personne non fumeuse, la déclaration de personne non fumeuse doit être signée par la personne concernée.

• En l'absence d'une telle déclaration, la tarification pour personne fumeuse s'applique.

« Je soussigné(e) déclare être une personne non-fumeuse et n'avoir fumé aucun produit de tabac tel que cigarette, cigare ou pipe, ni aucune drogue au cours des douze (12) derniers mois. Il est entendu que Beneva peut demander périodiquement une confirmation de ce statut. À défaut de répondre, la personne assurée perd ce statut et ne bénéficie plus de la réduction de primes qui s'y rattache à compter de la date de la demande de Beneva. Je reconnais également que toute fausse déclaration ou réticence peut entraîner la nullité de la protection. »

X	A A A A M M J J
Signature de la personne adhérente	Date

X	A A A A M M J J
Signature de la personne conjointe	Date

8. 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. »

X	A A A A M M J J
Signature de la personne adhérente	Date

9. Données d'emploi – à compléter par l'employeur

NAS

A

A

A

A

M

M

J

J

Date d'entrée en fonction

Nom de l'employeur, de l'organisme ou de l'établissement

N° d'employeur

Ministère

N° de groupe

Titre ou fonction de la personne adhérente

Retraite Québec

\$

Poste déjà existant?

Salaire annuel de base

Classe salariale

Code de famille (SSS)

☐ Oui ☐ Non = Création de poste

10. Statut d'engagement – à compléter par l'employeur

S'agit-il d'une personne retraitée réembauchée? Veuillez noter que l'admissibilité des personnes retraitées peut varier selon le régime d'assurance collective. Nous vous invitons à valider le présent contrat ou les conditions de travail pour vous en assurer.

Date d'admissibilité :

A

A

A

A

M

M

J

J

☐ Permanent

☐ Temps plein

Si temporaire admissible, durée de l'engagement :

☐ Temporaire admissible

☐ Temps partiel

%

Du

A

A

A

A

M

M

J

J

au

A

A

A

A

M

M

J

J

☐ Occasionnel

ADMISSIBILITÉ

• Permanent ou temporaire à temps complet (70 % ou plus du temps complet)

➔ Admissible après 1 mois

• Permanent ou temporaire à temps partiel (entre 25 % et 69 % du temps complet)

➔ Admissible après 3 mois

• Occupe ou occupait une fonction auprès d'un employeur des secteurs public et parapublic du Québec dans les 30 jours précédant son entrée en fonction

➔ Admissible à la date d'entrée en fonction

11. Absence du travail – à compléter par l'employeur

Est-ce que la personne adhérente est présentement absente du travail?

☐ Oui ☐ Non

De quel type d'absence du travail s'agit-il?

Si oui, depuis quelle date?

A

A

A

A

M

M

J

J

Choix de maintien des garanties?

☐ Maintien de toutes les garanties

☐ Maintien du régime obligatoire d'assurance accident maladie seulement

12. Commentaires de l'employeur

13. Signature du / de la représentant(e) de l'employeur

Je certifie que les renseignements sont exacts et complets.

Nom du / de la représentant(e) de l'employeur

X

Signature du / de la représentant(e) de l'employeur

A

A

A

A

M

M

J

J

Date

14. Transmission de la demande d'adhésion à Retraite Québec

Le formulaire d'adhésion doit être transmis avec l'acte de nomination ou la lettre de nomination ainsi que la description de tâches et l'organigramme.

Ces documents doivent être transmis via le forum sécurisé en utilisant les informations suivantes:

Sujet : Envoi d'un document ou d'un formulaire

Sous-sujet : Formulaire d'adhésion à l'assurance collective

Ou par courrier postal à l'adresse suivante:

Retraite Québec

Case Postale 5500, succursale Terminus

Québec (Québec) G1K 0G9

Si des informations additionnelles sont requises, veuillez contacter Retraite Québec via le forum sécurisé en utilisant les informations suivantes:

Sujet : Assurance-cadre

Sous-sujet : Questions relatives à l'assurance des cadres

Par téléphone : Région de Québec 418 643-4881 ou sans frais 1 800 463-5533

Le formulaire doit être signé par le représentant autorisé de l'employeur, en vertu notamment des dispositions légales à cet effet ou, s'il y a eu une délégation de signature, par la personne désignée.

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.