

1

Identification de la personne adhérente

Nom

Prénom

N° d'assurance sociale

2

Renseignements généraux

Adresse

Courriel

Code postal

N° tél. au travail

N° tél. à la résidence

Date de naissance

Sexe à la naissance

Communication

Désignation de la personne conjointe

Nom

Prénom

Date de naissance

Sexe à la naissance

3

RÉGIMES

Vous devez cocher une seule case selon le statut de protection et le régime d'assurance maladie désiré ainsi que pour le régime d'assurance soins dentaires. (Voir note 1 au verso)

1

RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE

	INDIVIDUEL				MONOPARENTAL						FAMILIAL							
Choix de protection	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
Maladie 1	IND				MONO						FAM							
Maladie 2		IND	IND	IND		MONO	MONO	MONO	MONO	MONO		FAM	FAM	FAM	FAM	FAM	FAM	FAM
Option 1			IND				IND		MONO				IND	MONO			FAM	
Option 2				IND				IND		MONO				IND		MONO		FAM

☐ Exemption

La portion de la section relative à l'exemption doit être complétée par l'employeur.

2

RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE (Voir note 2 au verso)

de base et MMA (mort et mutilation accidentelle) de la personne adhérente (1 fois le salaire annuel)

additionnelle de la personne adhérente (Le montant total de protection choisi peut être de 1, 2, ou 3, fois le salaire annuel) Voir note 2 au verso

de base des personnes à charge (conjoint(e) et enfant(s))

de base des enfants à charge (enfant(s) seulement)

additionnelle de la personne conjointe (Le montant total de protection choisi peut être de 1 à 5 tranches de 10 000 \$) Voir note 2 au verso

	ADHÉSION	CHANGEMENT	
<div><div><div>▼</div><div><input type="checkbox"/></div><div>AUGMENTER À</div></div><div><div>_____ fois (indiquez le nombre total de fois désiré)</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div><div>_____ tranche(s) de 10 000\$ (indiquez le nombre total de tranches désiré)</div><div><input type="checkbox"/></div></div></div></div>	<div><div><div>▼</div><div><input type="checkbox"/></div><div>RÉDUIRE À</div></div><div><div>_____ fois (indiquez le nombre total de fois désiré)</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div><div>_____ tranche(s) de 10 000\$ (indiquez le nombre total de tranches désiré)</div><div><input type="checkbox"/></div></div></div></div>	<div><div><div>▼</div><div><input type="checkbox"/></div><div>RÉDUIRE À</div></div><div><div>_____ fois (indiquez le nombre total de fois désiré)</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div><div><div><div>_____ tranche(s) de 10 000\$ (indiquez le nombre total de tranches désiré)</div><div><input type="checkbox"/></div></div></div></div>	

3

RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

☒ Adhésion obligatoire

☐ JE RENONCE À CETTE PROTECTION (voir note 3 au verso)

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

1. COHABITATION ☐ → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? → Si oui, date de naissance de l'enfant (Vie maritale) → 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. PERTE DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE CONJOINTE ☐

4

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-Sœurs (4) ☐

Le bénéficiaire est révocable* ☐ (peut être changé en tout temps)

Le bénéficiaire est irrévocable* ☐ (ne peut être changé sauf avec le consentement écrit du bénéficiaire nommé irrévocable)

OU

Nom(s) du(des) bénéficiaire(s) :

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 révocable.

RESP. SECTEUR
SOUTIEN
SCOLAIRE

5

Employeur

Nom de l'organisme

N° d'établissement

N° de groupe

N° d'employé(e)

Date d'emploi

Date d'admissibilité

Reçu de l'employé

ABSENCE DU TRAVAIL?

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

☐ Non ☐ Oui

Si oui, raison

Date du début de l'absence

La personne adhérente : ☐ a maintenu ses assurances ☐ a suspendu ses assurances (sauf le régime d'assurance maladie)

STATUT D'ENGAGEMENT

Temps plein ☐

Temps partiel ☐

% du temps plein

SALAIRE ANNUEL SELON LA CONVENTION COLLECTIVE

(comme si 100 % du temps plein) \$ / année

Je certifie que les renseignements sont exacts et complets.

Date

Nom du représentant de l'employeur (lettres moulées)

N° tél.

Poste

Signature du représentant de l'employeur

Exemption

Exemption du régime d'assurance maladie ☐

Date de début d'exemption

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

☐

Date de la fin d'exemption

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

Remarques

6

Déclaration de personne non-fumeuse

« 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 prime 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. »

Pour vous-même

Pour votre personne conjointe

Date :

Date :

Signature de la personne adhérente :

Signature de la personne conjointe :

7

Signature

J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les primes requises en vertu des protections que j'ai choisies. J'autorise mon employeur et Beneva inc. à recueillir, utiliser et communiquer les renseignements personnels contenus dans cette demande, incluant mon numéro d'assurance sociale, afin d'administrer mon contrat d'assurance collective et je déclare avoir pris connaissance de l'avis concernant la protection des renseignements personnels. Je certifie que les renseignements inscrits sur cette demande sont exacts et complets. Je reconnais également que toute fausse déclaration peut entraîner la nullité de la protection.

Date :

Signature de la personne adhérente

Dans le présent document, Beneva désigne Beneva inc.

FV4036F (2025-11)

CHOIX DE PROTECTION

Note 1 — Régimes d’assurance maladie

Choix du statut et du niveau de protection

Vous devez choisir un statut de protection (individuel, monoparental ou familial) ainsi qu’un niveau de protection (Maladie 1, Maladie 2 sans option, Maladie 2 avec Option 1 ou Maladie 2 avec option 2) en cochant le scénario de protection désiré (A à R).

En participant au régime Maladie 2, vous avez accès aux options 1 et 2 et le statut de protection pour l’une ou l’autre de ces options peut être inférieur ou égal au statut de protection de la protection Maladie 2. Par exemple, vous pouvez opter pour la protection Maladie 2 avec un statut familial et ajouter l’Option 2 avec un statut individuel.

Toute augmentation du niveau de protection est acceptable au premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de votre demande par votre employeur.

Cependant, vous devez maintenir votre participation au régime Maladie 2, à l’option 1 ou à l’option 2 pendant au moins 24 mois avant de pouvoir modifier votre niveau de protection à la baisse.

Vous pouvez toutefois modifier votre niveau de protection ou celui de vos personnes à charge à la hausse ou à la baisse dans les 30 jours suivants l’un des événements prévus à la fin de la section 3 du présent formulaire, sans égard à la durée de votre participation.

Note 2 — Régimes d’assurance vie

La garantie d’assurance vie de base de la personne adhérente est disponible sans preuves d’assurabilité dans les 30 jours suivant votre date d’admissibilité. Au-delà de ce délai, des preuves d’assurabilité doivent être présentées et acceptées par Beneva inc..

Les garanties d’assurance vie additionnelle de la personne adhérente ou de sa personne conjointe sont toujours sujettes à l’acceptation de preuves d’assurabilité par Beneva inc.

La participation à l’assurance vie de base de la personne adhérente est requise pour participer à l’assurance vie additionnelle de la personne adhérente, à l’assurance vie de base des personnes à charge ou à l’assurance vie de base des enfants à charge.

La participation à l’assurance vie de base des personnes à charge est requise pour participer à l’assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

Assurance vie additionnelle de la personne adhérente ou de la personne conjointe

Si vous ou votre personne conjointe êtes une personne non-fumeuse, veuillez remplir la section 6 pour bénéficier de la tarification réduite pour la personne non-fumeuse. En l’absence de signature à cette section, la tarification pour personne fumeuse s’applique.

Dans la colonne « j’ajoute » ou « j’enlève », le chiffre que vous inscrivez correspond à la protection que vous désirez et non pas au nombre d’unité que vous ajoutez ou enlevez. À titre d’exemple, si vous possédez 3 fois votre salaire en assurance vie additionnelle et que vous indiquez « 2 » sur la ligne sous « réduire à » de la colonne « j’enlève », nous retrancherons 1 unité de salaire de votre montant d’assurance vie additionnelle.

Cette procédure est la même pour le montant d’assurance vie additionnelle de votre personne conjointe.

Note 3

Vous devez compléter le formulaire « Droit de renonciation ou droit d'exemption au régime d'assurance salaire de longue durée » (COL-F1007F) et répondre à l'un des critères qui y sont énumérés.



Avis concernant la protection de vos renseignements personnels

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.