

Numéro de contrat _____

Renseignements généraux

Type de demande

- ☐ Remise en vigueur (remplir les sections 1, 2 et les autres sections applicables)
- ☐ Modification (remplir les sections 1, 2, 3 et 5)
- ☐ Annulation (remplir les sections 1, 2, 3 et 5)

Section 1 : Assuré

Prénom

Nom

Sexe

Nom à la naissance (s'il est différent)

Date de naissance

Âge

☐ Féminin ☐ Masculin

Adresse

App.

Ville

Province

Code postal

Téléphone (résidence)

Téléphone (autre)

Langue de correspondance

☐ Français ☐ Anglais

Section 2 : Propriétaire (remplir si le propriétaire n'est pas l'assuré)

Prénom

Nom

Lien avec l'assuré

Nom à la naissance (s'il est différent)

Date de naissance

Adresse

App.

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Propriétaire subsidiaire (s'il y a lieu)

Prénom

Nom

A A A A M M J J

Date de naissance

Lien avec l'assuré

Section 3 : Garantie(s) demandée(s) / Modification de garantie

Nom de la garantie	Type de demande	Indemnité de base	Durée (en mois)	Prime modale
Rente d'invalidité suite à un accident	☐ Diminution ☐ Remise en vigueur ☐ Annulation	☐ 500 \$ / mois ☐ 1 000 \$ / mois	☐ 6 mois ☐ 12 mois	\$
Assurance hospitalisation suite à un accident	☐ Diminution ☐ Remise en vigueur ☐ Annulation	☐ 50 \$ / jour ☐ 100 \$ / jour		\$
Décès ou mutilation accidentels	☐ Diminution ☐ Remise en vigueur ☐ Annulation	☐ 25 000 \$ – 50 000 \$ ☐ 50 000 \$ – 100 000 \$		\$
Assurance fracture par accident	☐ Diminution ☐ Remise en vigueur ☐ Annulation	☐ 5 000 \$ ☐ 10 000 \$		\$
Prime contractuelle de base				\$
Prime totale AcciGarde				\$

Section 4 : Conditions d'admissibilité

- La personne à assurer doit respecter les conditions d'admissibilité de Beneva inc. Au moment de la demande de remise en vigueur, une personne est admissible à la condition :
- qu'elle soit de citoyenneté canadienne ou soit immigrante reçue et réside au Canada depuis au moins 2 ans; et
 - qu'elle ne séjourne pas dans un hôpital ou dans un établissement de santé ou de convalescence; et
 - qu'elle ne soit pas en état d'invalidité totale et permanente ou en invalidité totale.

Section 5 : Déclarations et signatures

Les soussignés :

1. Certifient avoir pris connaissance des conditions d'admissibilité ci-dessus et déclarent être admissibles en fonction de ces conditions.
2. Consentent à ce que cette déclaration serve de base au contrat d'assurance demandé ou qui est l'objet de cette demande de modification.
3. **Déclarent avoir pris connaissance du résumé des EXCLUSIONS afférentes aux garanties.**
4. Comprennent que pour la garantie RENTE D'INVALIDITÉ SUITE À UN ACCIDENT, **seule une invalidité totale découlant d'un accident ayant entraîné une hospitalisation, une fracture, des brûlures graves, une laceration, une mutilation ou une hémorragie interne sera couverte en vertu de cette garantie.**
5. Ont lu l'**Avis aux personnes à assurer et au(x) propriétaire(s)** relatif aux dossiers et renseignements personnels et comprennent que les renseignements seront traités confidentiellement et consignés dans le dossier de l'assuré mentionné dans ce dernier avis.
6. Déclarent que les déclarations précédentes sont véridiques et font partie du présent formulaire de **Modification de contrat** auprès de Beneva inc. Toute fausse déclaration ou réticence des personnes à assurer sur des circonstances connues de lui et de nature à influencer de façon importante un assureur raisonnable dans l'établissement de la prime, l'appréciation du risque ou la décision de l'accepter entraînent, à la demande de l'assureur, la nullité du contrat même en ce qui concerne les sinistres non rattachés aux risques ainsi dénaturés.

Signée à (ville et province) _____

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

X

Signature de l'assuré ou signature du père, de la mère
ou du représentant légal de l'enfant mineur

X

Signature du propriétaire ou de la personne autorisée

Adresser l'avenant au ☐ Conseiller ☐ Propriétaire Montant du chèque joint _____ \$

Section 6 : Accord de débits préautorisés (DPA)

1. J'autorise Beneva inc. à porter au débit de mon compte, selon mes instructions et/ou tel que décrit dans le contrat d'assurance, des montants répétitifs mensuels et/ou des paiements ponctuels occasionnels pour le règlement de tous les montants, incluant tous les frais et les taxes applicables, relativement au contrat d'assurance.
2. Le montant du DPA peut être augmenté ou réduit à une date ultérieure par suite d'avenants, de résiliation, d'exclusions ou de renouvellement du contrat d'assurance. J'accepte, aux fins du présent Accord, que tous les montants prélevés de mon compte soient traités comme étant des DPA à montant variable. Il est entendu que je conserverai le même mode de paiement lors du renouvellement du contrat d'assurance, si applicable, à moins d'en aviser Beneva inc. avant la date dudit renouvellement.
3. Je comprends que des frais pourraient être perçus et échelonnés sur l'ensemble des DPA.
4. Si un DPA est refusé pour insuffisance de fonds, Beneva inc. peut présenter de nouveau le DPA. Des frais découlant du DPA refusé pour insuffisance de fonds pourraient être ajoutés au prochain DPA.
5. J'accepte de signaler par lettre à Beneva inc. tout changement aux renseignements fournis dans le présent Accord relativement au compte et ce, au moins dix (10) jours ouvrables avant la date du prochain DPA.
6. Je consens à ce qu'un prélèvement soit effectué dans mon compte chaque mois le jour indiqué dans la proposition d'assurance ou le jour ouvrable suivant.
7. J'accepte, aux fins du présent Accord, que tous les DPA prélevés de mon compte soient considérés comme des DPA personnels.
8. **J'accepte et je comprends que Beneva inc. ne m'avisera pas avant chaque DPA.**
9. Dans le cas où je demande à Beneva inc. de changer le montant du DPA, je renonce à mon droit de recevoir un préavis.
10. Je peux révoquer cette autorisation de débits préautorisés à tout moment à condition de donner à Beneva inc. un préavis écrit de trente (30) jours. Je peux obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou d'autres renseignements sur mon droit d'annuler l'Accord de DPA, en m'adressant à mon institution financière ou en visitant www.cdnpay.ca.
11. Je comprends que Beneva inc. se réserve le droit de résilier le présent Accord sur préavis écrit de quinze (15) jours.
12. Je comprends que toute résiliation du présent Accord ne met pas fin ni n'a le moindre effet à l'égard de toute entente conclue avec Beneva inc. relativement à un contrat d'assurance, dans la mesure où les paiements sont effectués au moyen d'une autre méthode acceptée par Beneva inc.
13. J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord de DPA. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord. Pour obtenir plus d'informations sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

Beneva inc.

Comptabilité des primes

1225, rue Saint-Charles Ouest, bureau 200, Longueuil (Québec) J4K 0B9

Veuillez joindre un spécimen de chèque
du compte à débiter sur lequel vous aurez
inscrit la mention «ANNULÉ».



Nom de l'institution financière _____

Adresse, ville, province et code postal de la succursale _____

Succursale

Numéro de l'institution financière

Numéro de compte

Autorisation bancaire

Dans le cas d'un compte conjoint, tous les titulaires du compte doivent signer si plus d'une signature est requise sur les chèques émis à partir de ce compte.

Nom du titulaire du compte ou de la personne autorisée
(en caractères d'imprimerie)

X

Signature

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

Nom du titulaire du compte ou de la personne autorisée
(en caractères d'imprimerie)

X

Signature

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

Section 7 : Signature du conseiller en sécurité financière / représentant

Je confirme avoir remis le document « Communication de renseignements concernant les conseillers » au propriétaire le quel l'informe :

- du nom de la ou des sociétés que je représente actuellement;
- que je touche une rémunération comme des commissions sur la vente de produits d'assurance vie et d'assurance maladie;
- que je pourrais toucher une rémunération supplémentaire sous forme de bonis, de participation à des congrès ou d'autres incitatifs; et
- de tout conflit d'intérêts qui pourrait exister relativement à la présente transaction.

Je déclare avoir un permis valide sur le territoire où la demande a été signée.
À ma connaissance, les renseignements fournis dans cette demande d'assurance sont exacts.

Nom du conseiller en sécurité financière / représentant autorisé
(en caractères d'imprimerie)

X

Signature du conseiller en sécurité financière / représentant autorisé

Date

A

A

A

A

M

M

J

J

Section 8 : Renseignements sur le conseiller en sécurité financière / représentant

Les renseignements suivants sont nécessaires au traitement de la demande ainsi que pour le versement des commissions.

Nom du conseiller en sécurité financière / représentant (en caractères d'imprimerie)	Agence	Code du conseiller en sécurité financière / représentant	Partage %	Numéro de téléphone
Conseiller gestionnaire				
Autre conseiller commissionné (s'il y a lieu)				

Cet avis doit être remis au propriétaire en tout temps.

Section 9 : Avis aux personnes à assurer et au(x) propriétaire(s)

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 (voir votre droit de retrait de consentement) 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
625, rue Jacques-Parizeau
Québec (Québec) G1R 2G5
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 www.beneva.ca.

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 pas 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 La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance, Services d'investissement Beneva inc., Société d'assurance Beneva inc., L'Unique assurances générales inc. et Unica assurances inc.