



**Assurance
individuelle**

Proposition de contrat

Pour les produits suivants :

- Assurance vie à émission simplifiée
- Assurance vie à émission garantie

Version : Octobre 2023

Beneva inc.
1225, rue Saint-Charles Ouest, Bureau 200
Longueuil (Québec) J4K 0B9

Table des matières

A – Renseignements de base.....	3
B – Renseignements généraux	4
B1 – Personne à assurer.....	4
B2 – Renseignements sur l'emploi.....	4
B3 – Propriétaire(s)	4
B4 – Vérification de l'identité.....	5
B5 – Bénéficiaire(s) – assurance vie.....	6
C – Produits d'assurance	6
C1 – Assurance vie à émission simplifiée	6
C2 – Assurance vie à émission garantie	6
D – Paiement des primes	7
D1 – Paiement de la première prime.....	7
D2 – Versement des primes	7
D3 – Fréquence de paiement.....	7
D4 – Jour de prélèvement	7
E – Assurance en vigueur (la Section E doit être complétée par l'assuré en tout temps)	7
F – But de l'assurance.....	7
F1 – Assurance personnelle	7
G – Questions générales.....	8
H – Questions médicales.....	8
H – Questions médicales (suite).....	9
I – Questions sur les habitudes de vie.....	9
I – Questions sur les habitudes de vie (suite).....	10
J – Question sur la taille et le poids.....	10
K – Avis aux personnes à assurer et au(x) propriétaire(s)	11
L – Déclarations.....	12
M – Autorisations.....	13
N – Accord de débits préautorisés.....	14
O – Rapport du conseiller en sécurité financière / représentant	15
O1 – Attestation du conseiller en sécurité financière / représentant	15
O2 – Renseignements sur le conseiller en sécurité financière / représentant	16

Numéro de contrat

Numéro de la proposition

A – Renseignements de base

- Pour plus d'un assuré, utiliser autant de propositions supplémentaires que nécessaire.
- **Soumettre TOUTES les pages de cette proposition, même si aucune information n'est inscrite sur certaines pages.**
- Les nouvelles propositions ne sont permises que par voie électronique.

☐ Nouvelle proposition (**disponible uniquement en proposition électronique**) ☐ Modification ☐ Remise en vigueur

Langue de correspondance : ☐ Français ☐ Anglais

Modifications de contrat (disponible uniquement en format papier)

S'il y a plusieurs propriétaires au contrat, CHACUN d'entre eux doit signer à la Section L de cette proposition.

- ☐ **Changement à taux non-fumeur**
Remplir les Sections B1, B2, G, H, I, J, K, L, M et O.
- ☐ **Changement du capital assuré**
Pour une demande d'ajout de capital assuré, remplir une nouvelle proposition (disponible uniquement en proposition électronique).
Pour une diminution de capital assuré, remplir le formulaire *Modification de contrat n'exigeant pas de preuves d'assurabilité* (FIND0116F).
- ☐ **Changement de bénéficiaire**
Pour tout changement de bénéficiaire, remplir le formulaire *Changement de bénéficiaire* (FIND0205F).
- ☐ **Changement de propriétaire**
Pour tout changement de propriétaire, remplir le formulaire *Transfert de propriété - Cession absolue* (FIND0206F).
- ☐ **Transformation d'un produit temporaire vers un produit permanent à émission simplifiée**
Pour une demande de transformation d'un produit temporaire vers un produit permanent à émission simplifiée, remplir le formulaire *Modification de contrat n'exigeant pas de preuves d'assurabilité* (FIND0116F).
- ☐ **Remise en vigueur**
Pour toute demande de remise en vigueur, remplir les Sections B1, B2, B3, B4, D1, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N et O.

B – Renseignements généraux

B1 – Personne à assurer

- Le prénom et le nom apparaîtront sur le contrat tel qu'indiqué dans cette section.

Assuré

☐ M. ☐ Mme

Prénom

Nom

Nom à la naissance (si différent)

Lieu de naissance (ville et pays)

A A A A M M J J

Date de naissance

Âge*

Sexe

☐ Masculin ☐ Féminin

* Âge au plus proche anniversaire, soit six (6) mois avant ou après la date de signature de la proposition.

Adresse résidentielle

Numéro civique et nom de la rue

App.

Ville

Province

Code postal

Téléphone (résidence)

Adresse courriel (internet)

B2 – Renseignements sur l'emploi

Assuré

Profession ou occupation détaillée (si retraité, inscrire la dernière profession avec le domaine d'activité)

B3 – Propriétaire(s)

- Lorsque le(s) propriétaire(s) ne sont pas indiqué(s), nous considérons qu'il(s) correspond(ent) à l'assuré – Maximum de 2 propriétaires par contrat.

Le(s) propriétaire(s) est (sont) : ➔ ☐ Assuré ☐ Autre (si un propriétaire n'est pas l'assuré, fournir les renseignements demandés ci-dessous).

Lorsque l'adresse du propriétaire 2 est différente du propriétaire 1, nous considérons que l'adresse postale correspond à celle du propriétaire 1.

Propriétaire 1 (si différent de l'assuré)	Propriétaire 2 (si différent de l'assuré)
Prénom et nom Lien avec l'assuré Adresse Téléphone Activité principale ou profession détaillée avec le domaine d'activité (si retraité, inscrire la dernière profession avec le domaine d'activité)	Prénom et nom Lien avec l'assuré Adresse Téléphone Activité principale ou profession détaillée avec le domaine d'activité (si retraité, inscrire la dernière profession avec le domaine d'activité)
Au décès d'un propriétaire, les droits et intérêts du propriétaire décédé dans le contrat seront transférés au propriétaire subsidiaire / successeur nommé dans cette section.	
Prénom et nom du propriétaire subsidiaire / successeur 1 Lien avec l'assuré Date de naissance	Prénom et nom du propriétaire subsidiaire / successeur 2 Lien avec l'assuré Date de naissance

B4 – Vérification de l'identité

En tout temps pour tout type de produit : Le conseiller en sécurité financière/représentant doit vérifier l'identité de chaque assuré.

De quelle façon vérifiez-vous l'identité de chaque assuré (en tout temps pour tout type de produit)?

Cochez la ou les case(s) qui s'applique(nt) :

☐ **En présence physique de chaque personne :** à l'aide d'un document d'identité avec photo **authentique (original), valide, non expiré (le cas échéant) et délivré par un gouvernement** ➔ Si vous cochez cette case, veuillez indiquer ci-dessous pour chaque personne, le document d'identité examiné, le numéro qu'il porte, sa date d'expiration (le cas échéant) et le territoire de compétence où il a été émis. Si le choix « Autre document avec photo admissible selon la Loi » a été coché ci-dessous, veuillez préciser le type de document vérifié. Au Québec, il est interdit de demander la carte d'assurance maladie au client, mais vous pouvez l'accepter si celui-ci vous l'offre. L'Ontario, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard interdisent l'utilisation d'une carte d'assurance maladie à des fins d'identification.

☐ **En utilisant le processus double** (si vérification faite à distance ou si pièce d'identité non valide) : à l'aide de deux documents lisibles, valides et à jour provenant de deux sources différentes, indépendantes et fiables ➔ **Si vous cochez cette case, le formulaire *Méthode à processus double pour la vérification de l'identité – Individu – Attestation du conseiller en sécurité financière/représentant (FRA1913F)* est obligatoire.**

Assuré 1		Assuré 2	
Nom de l'assuré (apparaissant sur le document) ☐ Permis de conduire ☐ Passeport ☐ Carte de citoyenneté avec photo ☐ Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) :		Nom de l'assuré (apparaissant sur le document) ☐ Permis de conduire ☐ Passeport ☐ Carte de citoyenneté avec photo ☐ Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) :	
Numéro du document A A A A M M J J Date d'expiration du document	Territoire de compétence	Numéro du document A A A A M M J J Date d'expiration du document	Territoire de compétence

Remplir la section *Vérification de l'identité de chaque propriétaire*, s'il ne s'agit pas de l'assuré (applicable à l'assurance vie universelle).

Propriétaire 1		Propriétaire 2	
Nom du propriétaire (apparaissant sur le document) Le propriétaire du contrat doit être un résident canadien. ☐ Permis de conduire ☐ Passeport ☐ Carte de citoyenneté avec photo ☐ Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) :		Nom du propriétaire (apparaissant sur le document) Le propriétaire du contrat doit être un résident canadien. ☐ Permis de conduire ☐ Passeport ☐ Carte de citoyenneté avec photo ☐ Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) :	
Numéro du document A A A A M M J J Date d'expiration du document	Territoire de compétence	Numéro du document A A A A M M J J Date d'expiration du document	Territoire de compétence

B5 – Bénéficiaire(s) – assurance vie

- Indiquer le prénom et le nom de la personne qui recevra les sommes prévues lorsqu'elles deviennent payables en vertu des couvertures choisies. En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaire(s) ou à sa (leurs) succession(s), selon le cas.
- Si plusieurs bénéficiaires sont nommés, la répartition en pourcentage des parts doit éгалer 100 %. Si la répartition en pourcentage n'est pas fournie, les sommes payables seront réparties en parts égales entre les bénéficiaires survivants admissibles.
- Les désignations de bénéficiaires sont révocables, à moins d'indication contraire. Au Québec toutefois, si le conjoint auquel le propriétaire est marié ou uni civilement est désigné comme bénéficiaire, la désignation est irrévocable, à moins d'avoir été expressément désigné à titre révocable.
- Si le bénéficiaire prédécède la personne à assurer, les sommes prévues seront payables au bénéficiaire subsidiaire au décès de la personne à assurer.
- Au Québec, le parent survivant est toujours le tuteur de l'enfant, à moins d'un avis contraire dans un jugement de la Cour.
- Si des enfants mineurs sont désignés à titre irrévocable, nous devons obtenir une ordonnance de la Cour ou attendre la majorité avant d'effectuer toute demande de modification au contrat, tels que retrait partiel, prêt, rachat et autres changements connexes.

Personne à assurer					
Bénéficiaire(s) pour l'assurance vie					
Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case		Quote-part % Total 100 %
			Révocable	Irrévocable	
1			☐	☐	
2			☐	☐	
3			☐	☐	
4			☐	☐	

Bénéficiaire(s) subsidiaire(s)					
- En cas de décès du(des) bénéficiaire(s) désigné(s) plus haut, le pourcentage est équivalent.					
Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case		
			Révocable	Irrévocable	
1			☐	☐	
2			☐	☐	
3			☐	☐	
4			☐	☐	

Fiduciaire pour un bénéficiaire mineur (sans objet au Québec)			
- Si un mineur est désigné comme bénéficiaire, il est suggéré qu'une fiducie soit constituée afin de veiller à toute demande de réclamation éventuelle (non applicable au Québec).			
- Si une fiducie est constituée, fournir les renseignements ci-dessous.			

Nom du bénéficiaire mineur	Prénom du bénéficiaire mineur	Nom complet du fiduciaire	Lien avec l'assuré
----------------------------	-------------------------------	---------------------------	--------------------

C – Produits d'assurance

C1 – Assurance vie à émission simplifiée

- Indiquer la couverture et le capital assuré.

	Capital assuré
☐ Vie entière simplifiée	\$
☐ Vie temporaire 10 simplifiée	\$
☐ Vie temporaire 20 simplifiée	\$

C2 – Assurance vie à émission garantie

	Capital assuré
☐ Vie entière garantie	\$

D – Paiement des primes

D1 – Paiement de la première prime

Montant de la première prime (il s'agit du montant versé avec la proposition) ou de la prime pour cette demande de remise en vigueur : _____ \$

- Le paiement par débit préautorisé de la première prime sera prélevé à partir du compte bancaire indiqué à la Section N et figurant sur le spécimen de chèque inclus avec cette proposition.

☐ **Débit préautorisé** (fréquence de paiement à la Section D3, et prélèvement à la réception de cette proposition).

D2 – Versement des primes

Total de la prime annuelle : _____ \$

Prime mensuelle, si applicable : _____ \$

D3 – Fréquence de paiement

☐ Annuelle (chèque)

- Si aucun choix n'est précisé, la fréquence de paiement sera mensuelle.

☐ Annuelle (débits préautorisés)

- Pour les débits préautorisés, inclure un spécimen de chèque et remplir la Section N.

☐ Mensuelle (débits préautorisés)

D4 – Jour de prélèvement

☐ Jour de prélèvement à la date d'établissement

OU

- Si aucun choix n'est précisé, le jour de prélèvement sera la date d'établissement du contrat.

☐ Précisez le jour : _____

- Si le jour de prélèvement précisé est le 29, le 30 ou le 31, le jour de prélèvement sera le 28.

E – Assurance en vigueur (la Section E doit être complétée par l'assuré en tout temps)

1. Est-ce que cette proposition remplacera un contrat en vigueur? ☐ NON ☐ OUI

À noter qu'un remplacement d'un produit à sélection complète n'est pas permis.

2. Avez-vous de l'assurance vie individuelle en vigueur? ☐ NON ☐ OUI

Si oui, indiquer le montant total : _____ \$

À noter que le montant total d'assurance vie individuelle en vigueur et demandé ne doit pas dépasser 5 000 000 \$.

3. Avez-vous de l'assurance individuelle simplifiée en vigueur chez Beneva? ☐ NON ☐ OUI

Si oui, indiquer le montant total : _____ \$

À noter que le montant total d'assurance individuelle simplifiée en vigueur et demandé chez Beneva ne doit pas dépasser :

- 500 000 \$ pour les assurés de 18 à 50 ans
- 249 999 \$ pour les assurés de 51 à 60 ans
- 99 999 \$ pour les assurés de 61 à 80 ans

4. Avez-vous de l'assurance individuelle à émission garantie en vigueur chez Beneva? ☐ NON ☐ OUI

Si oui, indiquer le montant total : _____ \$

À noter que le montant total d'assurance individuelle à émission garantie en vigueur et demandé chez Beneva ne doit pas dépasser :

- 50 000 \$ pour les assurés de 18 à 70 ans
- 25 000 \$ pour les assurés de 71 à 80 ans

F – But de l'assurance

F1 – Assurance personnelle

☐ Protection du revenu / prêts

☐ Protection de la succession

☐ Dons de charité

G – Questions générales

	Assuré	
	Oui	Non
1. a) Êtes-vous citoyen Canadien ou résident permanent?	☐	☐
b) Résidez-vous présentement au Canada?	☐	☐
2. Au cours des douze (12) derniers mois, vous a-t-on refusé ou différé une proposition d'assurance?	☐	☐

Si vous souscrivez un produit d'assurance vie à émission garantie, veuillez répondre à la question ci-dessous et passer aux Sections K, L et M. Pour un produit d'assurance vie à émission simplifiée, veuillez passer à la Section H.

3. Un médecin vous a-t-il déjà dit qu'il vous restait moins de deux (2) ans à vivre?	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------

H – Questions médicales

Si vous souscrivez un produit d'assurance vie à émission simplifiée, veuillez répondre aux questions ci-dessous. Pour un produit d'assurance vie à émission garantie, veuillez passer aux Sections K, L, et M.	Assuré	
	Oui	Non
1. Êtes-vous actuellement confiné à un fauteuil roulant (c'est-à-dire, faites-vous usage d'un fauteuil roulant pour faire la plupart de vos déplacements hebdomadaires), alité (à l'exception des femmes enceintes), hospitalisé ou avez-vous besoin de soins à temps plein?	☐	☐
2. Au cours de votre vie , avez-vous déjà présenté des symptômes ou reçu un diagnostic, un traitement, ou consulté un médecin pour l'une ou l'autre des causes suivantes :		
a) Accident vasculaire cérébral (AVC) ou ischémie cérébrale transitoire (ICT)? Si oui, répondre aux sous-questions.	☐	☐
i. Êtes-vous âgé de 60 ans ou moins?	☐	☐
ii. Avez-vous eu plus d'un événement?	☐	☐
iii. Est-ce que votre AVC ou ICT remonte à moins de 8 ans?	☐	☐
b) Crise cardiaque, chirurgie cardiaque ou des artères coronariennes, douleurs à la poitrine (angine), arythmie ou toute autre maladie du cœur ou des vaisseaux sanguins?	☐	☐
c) Cancer ou tumeur maligne de la thyroïde? Si oui, répondre aux sous-questions.	☐	☐
i. Est-ce que le diagnostic a été posé au cours des 10 dernières années?	☐	☐
ii. Est-ce que vous avez eu des métastases et/ou un traitement de chimiothérapie?	☐	☐
d) Cancer ou tumeur maligne autre que le cancer de la thyroïde et le carcinome basocellulaire?	☐	☐
e) Diabète de type 1 (insulino-dépendant)?	☐	☐
f) Diabète de type 2? Si oui, répondre aux sous-questions.	☐	☐
i. Êtes-vous âgé de moins de 41 ans?	☐	☐
ii. Avez-vous été diagnostiqué il y a plus de 15 ans?	☐	☐
iii. À quelle fréquence êtes-vous suivi par votre médecin pour le diabète :		
☐ Moins d'une fois par année ☐ 1 fois par année ☐ 2 fois par année ☐ 3 fois par année ☐ 4 fois ou plus par année		
iv. Est-ce que votre médication pour le diabète a été modifiée ou augmentée au cours des six (6) derniers mois?	☐	☐
v. Est-ce que vous avez des complications tel que protéine dans les urines, troubles neuromoteurs, rétinopathie, maladie vasculaire périphérique?	☐	☐
g) i. Hépatite B ou C, cirrhose, insuffisance hépatique, pancréatite chronique?	☐	☐
ii. insuffisance rénale, maladie polykystique des reins, autre maladie rénale chronique?	☐	☐
h) Anémie (autre qu'une carence en fer diagnostiquée bénigne, traitée et stable) ou autre trouble du sang causant des embolies, phlébites et thromboses récurrentes?	☐	☐
i) Schizophrénie, maladie bipolaire, psychose, tentative de suicide ou hospitalisation pour tout trouble psychologique?	☐	☐
j) Lupus systémique, dystrophie musculaire, maladie d'Alzheimer, maladie Parkinson, pertes de mémoire, pertes d'équilibre, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou tout autre trouble neurologique (excluant les migraines investiguées par un médecin)?	☐	☐
k) Un dépistage de VIH dont le résultat était positif?	☐	☐
l) Colite ulcéreuse ou maladie de Crohn? Si oui, répondre aux sous-questions.	☐	☐
i. Avez-vous reçu le diagnostic dans la dernière année?	☐	☐
ii. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous eu plus qu'une crise ou poussée par année?	☐	☐

H – Questions médicales (suite)

	Assuré	
	Oui	Non
3. Au cours des trois (3) dernières années , avez-vous déjà présenté des symptômes ou reçu un diagnostic, un traitement, ou consulté un médecin pour un trouble respiratoire ou pulmonaire (autre que l'asthme, rhume, grippe ou bronchite, apnée du sommeil traité, pneumonie)?	☐	☐
4. Au cours des douze (12) derniers mois , avez-vous été informé d'un résultat anormal à la suite de l'un des tests suivants :		
a) Imagerie incluant échographie	☐	☐
b) Mammographie ou tout autre test d'imagerie des seins	☐	☐
c) ECG (électrocardiogramme)	☐	☐
d) Biopsie ou résultats d'un rapport de pathologie	☐	☐
5. Au cours des deux (2) dernières années , avez-vous été informé d'un résultat anormal à la suite de l'un des tests suivants :		
a) Radiographie ou scan des poumons	☐	☐
b) IRM ou tomographie (CT scan)	☐	☐
c) Échocardiogramme	☐	☐
d) APS (antigène prostatique spécifique)	☐	☐
6. Au cours des douze (12) derniers mois , avez-vous été en arrêt de travail pour plus de 1 mois pour un trouble psychologique ou votre médication pour un trouble psychologique a-t-elle été augmentée?	☐	☐
7. Avez-vous consulté un médecin pour une maladie ou un trouble qui n'a pas encore été diagnostiqué ou pour lequel des tests sont en cours ou non complétés? Êtes-vous en attente d'une investigation, d'un résultat ou d'une opération?	☐	☐
8. Avez-vous reçu un résultat d'un test anormal pour lequel vous n'avez pas encore consulté de médecin?	☐	☐
9. Présentez-vous des symptômes ou des problèmes de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin, tels que : masse ou bosse des seins, essoufflement, douleur thoracique, perte de poids inexpliquée, vertiges, perte de mémoire ou d'équilibre, engourdissement, difficulté à uriner, sang dans l'urine, saignement rectal ou tout autres problèmes non mentionnés ci-haut?	☐	☐
10. Est-ce qu'un ou des membres de votre famille, soit père, mère, frère ou sœur a déjà souffert de polypose adénomateuse familiale (ou maladie de Gardner), du syndrome de Lynch, de Chorée de Huntington ou de maladie polykystique des reins?	☐	☐

I – Questions sur les habitudes de vie

	Assuré	
	Oui	Non
1. Au cours de votre vie , avez-vous reçu des services d'aide (counseling), des traitements ou été avisé de réduire votre consommation ou de suivre un traitement en lien avec votre consommation d'alcool ou de drogues?	☐	☐
2. Au cours des dix (10) dernières années , avez-vous déjà été accusé ou été reconnu coupable d'une infraction criminelle ou êtes-vous présentement en probation?	☐	☐
3. Votre permis de conduire est-il actuellement suspendu?	☐	☐
4. Au cours de votre vie , avez-vous eu plus d'une accusation pour conduite avec facultés affaiblies?	☐	☐
5. Au cours des deux (2) dernières années , avez-vous eu plus de 3 contraventions au code de la route?	☐	☐
6. Est-ce que votre profession appartient à l'une des catégories suivantes?	☐	☐
• Journalisme et journalisme photographique (missions internationales)		
• Ouvrier en amiante		
• Athlète professionnel		
• Militaire actuellement déployé ou sur l'ordre d'être déployé		
• Aviation commerciale (autre que pilote pour grande compagnie aérienne)		
• Travailleur dans un bar/nightclub – striptease, escorte		
7. Au cours des deux (2) dernières années :		
a) avez-vous effectué des vols en tant que pilote privé ou élève-pilote?	☐	☐
b) avez-vous fait de la plongée sous-marine de plus de 100 pieds de profondeur, fait du parachutisme (autre que saut en tandem unique) ou delta-plane, participé à des courses de véhicules motorisés, fait de l'escalade (à l'exception de l'escalade intérieure), ski ou planche à neige hors-piste incluant par hélicoptère ou snowcat, motoneige hors-piste ou autre sport extrême?	☐	☐

I – Questions sur les habitudes de vie (suite)

	Assuré	
	Oui	Non
8. Au cours des douze (12) prochains mois , prévoyez-vous voyager ou résider à l'extérieur du Canada :		
a) pour plus de six (6) mois?	☐	☐
b) dans une destination autre que les pays suivants : les Caraïbes/Antilles dans le cadre de voyage tout inclus, États-Unis, Mexique, pays de l'Union européenne, le Royaume-Uni, Hong Kong, Chine, Japon, Australie, Nouvelle-Zélande, Inde?	☐	☐

9. Quelle est votre consommation de tabac?

Cigarettes, cigares, cigarillos, cigarette électronique/vapotage, substituts de nicotine ou tout autre produit contenant du tabac ou de la nicotine

J'ai consommé	☐ Au cours du dernier mois ☐ Au cours des 3 derniers mois ☐ Au cours des 6 derniers mois ☐ Au cours des 12 derniers mois ☐ Il y a 1 à 5 ans passé ☐ Il y a plus de 5 ans passé ☐ Jamais	Ma consommation typique est/était	☐ 30 ou plus par jour ☐ 20-29 par jour ☐ 10-19 par jour ☐ 1-9 par jour ☐ Moins de 7 par semaine ☐ Moins d'une fois par semaine ☐ Moins d'une fois par mois
----------------------	--	--	---

10. Quelle est votre consommation de marijuana?

J'ai consommé	☐ Au cours du dernier mois ☐ Au cours des 3 derniers mois ☐ Au cours des 6 derniers mois ☐ Au cours des 12 derniers mois ☐ Il y a 1 à 5 ans passé ☐ Il y a plus de 5 ans passé ☐ Jamais	Ma consommation typique est/était	☐ Plus de 2 fois par jour ☐ Plus d'une fois par jour ☐ Une fois par jour ☐ Moins de 7 fois par semaine ☐ Moins de 3 fois par semaine ☐ Moins d'une fois par semaine ☐ Moins d'une fois par mois
----------------------	--	--	--

11. Parlez-nous de votre consommation de drogue :

L'héroïne, la cocaïne, les hallucinogènes ou toute drogue non prescrite par un médecin, à l'exception des médicaments en vente libre

J'ai consommé	☐ Au cours du dernier mois ☐ Au cours des 3 derniers mois ☐ Au cours des 6 derniers mois ☐ Au cours des 12 derniers mois ☐ Il y a 1 à 6 ans passé ☐ Il y a plus de 6 ans passé ☐ Jamais
----------------------	--

12. En moyenne, combien de ces boissons alcoolisées consommez-vous par semaine :

	Je consomme par semaine
Bière (341 ml)	
Vin (1 verre = 142 ml)	
Spiritueux (1,5 oz)	

J – Question sur la taille et le poids

- Quelle est votre taille : _____ ☐ PI ☐ M
- Quel est votre poids : _____ ☐ LB ☐ KG

K – Avis aux personnes à assurer et au(x) propriétaire(s)

Avis relatif au rapport d'enquête

Pour le traitement normal des propositions d'assurance, toutes les compagnies d'assurance, y compris Beneva inc., peuvent demander une enquête personnelle pour recueillir des renseignements provenant d'entrevues personnelles avec vos connaissances indiquées à titre de références. L'enquête peut porter sur votre réputation, votre mode de vie et vos finances. Il est possible qu'un représentant d'une société chargée de faire de tels rapports vous visite ou vous téléphone.

Avis relatif au MIB, LLC

Certains renseignements doivent être recueillis quand un assureur reçoit une proposition d'assurance et ces renseignements doivent être aussi complets que possible. Les renseignements recueillis peuvent être de nature médicale, personnelle ou peuvent porter sur votre solvabilité.

Afin de permettre une sélection des risques plus équitable pour chacun de leurs assurés, la plupart des compagnies d'assurance, y compris Beneva inc. (Beneva), transigent avec un organisme appelé « MIB, LLC (MIB) ».

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités confidentiellement. Cependant, Beneva ou ses réassureurs peuvent adresser un bref rapport à ce sujet au MIB, LLC (MIB), qui coordonne l'échange de renseignements pour le compte de compagnies d'assurance membres du Groupe MIB Inc. Lorsque vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement à une autre compagnie membre du MIB, celui-ci transmet à cette dernière, sur demande, les renseignements contenus dans votre dossier.

Si vous en faites la demande, le MIB vous transmettra les renseignements contenus dans votre dossier. Vous pouvez communiquer avec le MIB par courriel au Canadadisclosure@mib.com ou en composant le 866-692-6901. Si vous contestez l'exactitude des renseignements consignés dans le dossier du MIB, vous pouvez contacter le MIB et demander une correction conformément aux procédures énoncées dans la loi fédérale Fair Credit Reporting Act.

L'adresse du bureau d'information du MIB est le 50 Braintree Hill Park, Suite 400 Braintree, MA 02184-8734. Vos renseignements pourraient être transmis et hébergés à l'extérieur du Canada et être régis par les lois applicables à des pays ou États étrangers.

Beneva, ou ses réassureurs, peuvent également transmettre les renseignements de votre dossier à toute autre compagnie d'assurance à laquelle vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement. Les consommateurs peuvent obtenir des renseignements sur le MIB en consultant son site internet à l'adresse www.mib.com.

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 plus continuer à vous offrir ses produits ou services.

À l'usage unique des conseillers financiers Beneva (CFB)

Consentement à recevoir des offres et conseils personnalisés de produits et services (optionnel)

Je consens à ce que mes renseignements personnels nécessaires soient recueillis, utilisés et communiqués par Beneva entre autres à des fournisseurs de services ainsi qu'à des sites Web et applications appartenant à des tiers afin de recevoir des offres et des conseils personnalisés de produits ou de services. Je comprends que je peux retirer mon consentement en appelant au 1 844 781-0860 ou en me rendant au www.beneva.ca.

☐ Propriétaire 1 ☐ Propriétaire 2

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.

L – Déclarations

Les soussignés :

1. Conviennent qu'un questionnaire complémentaire sur le mode de vie et les antécédents médicaux pourrait être rempli lors de la rencontre avec le conseiller en sécurité financière / représentant ou lors d'un entretien en personne ou un entretien téléphonique ENREGISTRÉ avec une société paramédicale ou une autre personne autorisée représentant Beneva inc. ou agissant en son nom. Les soussignés conviennent que ce questionnaire complémentaire sera réputé faire partie de la présente proposition et que ces renseignements serviront à établir le contrat souscrit auprès de Beneva inc. Les soussignés conviennent également d'examiner ces éléments d'information à la réception du contrat et d'aviser immédiatement Beneva inc. s'ils y décèlent des renseignements faux, inexacts ou incomplets.
2. Conviennent que toute information qu'ils ont divulguée lors d'une entrevue téléphonique ENREGISTRÉE à une société paramédicale ou à une autre personne autorisée représentant Beneva inc. ou agissant en son nom, incluant, mais sans s'y limiter, leurs antécédents médicaux et leur état de santé, sera réputée faire partie de la présente proposition et que cette information servira à établir le contrat souscrit auprès de Beneva inc. Les soussignés conviennent que tout enregistrement, transcription ou autre reproduction de cette information par Beneva inc. ou au nom de celle-ci sera considéré comme aussi exact, complet et contraignant qu'un document écrit de leur part.
3. Conviennent que, si des renseignements enregistrés se révèlent inexacts ou incomplets (y compris, mais sans s'y limiter, les renseignements fournis pour justifier l'application des taux non-fumeurs relativement à un assuré aux termes du contrat demandé), le contrat sera nul dans le cas dudit assuré.
4. Déclarent avoir été informés que Beneva peut recueillir leurs renseignements personnels à l'aide de technologies qui comprennent des fonctions permettant l'identification, la localisation ou le profilage lesquelles sont nécessaires afin d'évaluer leurs demandes. C'est le cas de la proposition électronique qui permet entre autres d'établir leur profil de risque afin d'offrir la meilleure prime possible. Les soussignées conviennent que le fait de soumettre leur proposition enclenche l'activation de ces fonctions.
5. Déclarent avoir été informés que Beneva peut utiliser leurs renseignements personnels afin de prendre des décisions exclusivement automatisées, c'est à dire, sans aucune intervention humaine. Par exemple, lorsqu'ils soumettent leur proposition électronique, il est possible qu'une décision automatisée soit rendue afin d'accélérer la souscription, incluant le calcul de leur prime ainsi que la sélection des risques.
6. Déclarent que les affirmations précédentes sont véridiques, complètes et correctement inscrites et font partie de la proposition d'assurance 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.
7. Déclarent avoir pris connaissance de l'avis concernant la protection des renseignements personnels ainsi que des avis à la personne à assurer et au(x) propriétaire(s).

_____ ce _____ jour de _____ de l'an _____
Signé à (ville et province) Date

X

Signature de l'assuré

X

Signature du propriétaire 1 – (nécessaire seulement s'il ne s'agit pas d'un assuré)

X

Signature du propriétaire 2 – (nécessaire seulement s'il ne s'agit pas d'un assuré)

M – Autorisation

Votre autorisation est nécessaire pour fournir et administrer vos produits ou services.

- 1. J'autorise tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, tout fournisseur de soins de santé, tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, tout assureur ou réassureur, le MIB, LLC, toute agence d'enquête ainsi que toute personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels en lien avec mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mes habitudes de vie nécessaires aux raisons mentionnées dans l'avis concernant la protection des renseignements personnels, à les communiquer à Beneva inc. ou à ses réassureurs. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
- 2. J'autorise Beneva inc. et ses réassureurs à recueillir, utiliser et communiquer les renseignements personnels nécessaires aux raisons mentionnées dans l'avis concernant la protection des renseignements personnels auprès de tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, fournisseur de soins de santé, établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, assureur ou réassureur, agence d'enquête, personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels en lien avec mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mes habitudes de vie ainsi que le MIB, LLC. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
- 3. J'autorise Beneva inc. et ses réassureurs à recueillir, utiliser et communiquer les renseignements personnels détenus par toute agence d'évaluation du crédit à des fins de tarification, de sélection des risques, d'étude, de recherche et de développement, de conception et d'application de modèles statistiques, de conformité réglementaire et contractuelle et de prévention et de détection de la fraude, d'erreurs et de fausses représentations. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
- 4. J'autorise, en cas de décès, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de leur succession à communiquer à Beneva inc. et ses réassureurs, lorsque requis par ce(s) dernier(s), tous les renseignements et autorisations nécessaires à l'étude de la réclamation de décès et à l'obtention des justifications requises.

Assuré

Je reconnais avoir pris connaissance des quatre (4) autorisations ci-dessus et y consens.

	X	A A A A M M J J
Nom de l'assuré (en caractères d'imprimerie)	Signature de l'assuré	Date

N – Accord de débits préautorisés

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 (ou annuels) 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 qu'en fonction du produit choisi, un paiement mensuel entraînera une prime annualisée supérieure.
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 (ou chaque année) 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

Avis important: À défaut de fournir les renseignements ci-dessous et un spécimen de chèque, Beneva inc. effectuera les débits préautorisés sur le compte bancaire du chèque joint à cette proposition.

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

S'agit-il d'un compte conjoint? ☐ Oui ☐ Non

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	_____ Date								
		<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J			
_____ Nom du titulaire du compte ou de la personne autorisée (en caractères d'imprimerie)	X _____ Signature	_____ Date								
		<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J			

O – Rapport du conseiller en sécurité financière / représentant

1. Source

☐ Venant de l'assuré ☐ Cas référé ☐ Connaissance ☐ Client Vie ☐ Client I.A.R.D. ☐ Autre (précisez) : _____

2. Relation avec l'assuré

☐ Ami personnel ☐ Lien de parenté (précisez) : _____ ☐ Autre (précisez) : _____

Depuis quand connaissez-vous l'assuré? | A | A | A | A | M | M | J | J |

3. Avez-vous des doutes sur l'assurabilité de l'assuré?

☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, spécifier : _____

4. Êtes-vous personnellement au courant des habitudes de la personne à assurer?

☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, donner des détails : _____

5. Quelle(s) langue(s) a (ont) été employée(s) pour remplir la proposition? _____

6. La personne à assurer vous a-t-elle dit comprendre la langue employée pour remplir la proposition?

☐ Oui ☐ Non

7. Si une autre langue que le français a été employée, veuillez nous indiquer le nom de la personne qui a expliqué la proposition à la personne à assurer. Cette personne ne peut être le bénéficiaire ou un membre de la famille de la personne à assurer.

O1 – Attestation du conseiller en sécurité financière / représentant

Je confirme avoir remis le document *Communication de renseignements concernant les conseillers* au(x) propriétaire(s) lequels l'informe (les 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;
- 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.

Si je ne suis pas le conseiller de service pour ce contrat, je déclare avoir avisé le(s) propriétaire(s) de ce fait et de l'identité de son (leur) conseiller de service telle qu'elle apparaît dans la Section O2.

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

Code du conseiller en sécurité financière / représentant

X

Signature du conseiller en sécurité financière / représentant

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

Date

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

Nom du conseiller qui partage la commission (s'il y a lieu) (en caractères d'imprimerie)	Agence	Code du conseiller en sécurité financière / représentant
Partage % (multiples de 5 %)	 Téléphone	

Notes et détails du conseiller en sécurité financière / représentant

[illegible]

