

Beneva625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
1 888 235-0606 • Télécopieur : 418 646-1313 • adm.collectif@beneva.ca

N° de groupe

N° d'employeur

N° d'identification

1 RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ASSURÉS**PERSONNE ADHÉRENTE** (vous)

Nom et prénom		Nom à la naissance (si différent)		Sexe à la naissance <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	
N°, rue, app.				Ville			
Province	Code postal	Téléphone principal	Poste	Téléphone (autre)		Poste	

IMPORTANT : Si vous êtes une personne adhérente retraitée et que vous n'êtes plus sur le marché du travail, veuillez ne pas répondre à la prochaine question et passer directement à l'identification de la personne conjointe.

Êtes-vous actuellement au travail ?	<input type="checkbox"/> Oui	Si non, depuis quelle date ?	Année	Mois	Jour	Raison de l'arrêt de travail :
	<input type="checkbox"/> Non					

PERSONNE CONJOINTE (si vous désirez l'assurer)

Nom et prénom		Nom à la naissance (si différent)		Sexe à la naissance <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	
---------------	--	-----------------------------------	--	--	--	--------------------------------	--

ENFANTS (si vous désirez les assurer) | **IMPORTANT** : Si vous avez plus de 2 enfants, veuillez utiliser un second formulaire.

Enfant 1	Nom et prénom	Sexe à la naissance <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)
Enfant 2	Nom et prénom	Sexe à la naissance <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)

2 TAILLE ET POIDS DES PERSONNES À ASSURER

Personne à assurer	Taille <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> pi/po	Poids actuel <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb	Poids (il y a un an) <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb	Raison de la variation, s'il y a lieu
Personne adhérente				
Personne conjointe				
Enfant 1				
Enfant 2				

3 ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE

Avez-vous déjà présenté une demande d'assurance voyage, d'assurance vie, maladies redoutées ou invalidité qui a été refusée, reportée, modifiée ou qui a fait l'objet d'une surprime ou d'une exclusion ?

Personne à assurer	Non	Oui	Date AAAA/MM	Nom de la compagnie d'assurance	Type d'assurance	Raison de la décision
Personne adhérente						
Personne conjointe						
Enfant 1						
Enfant 2						

4 ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (à remplir uniquement pour la garantie d'assurance maladies graves ou maladies redoutées)

L'un de vos parents ou l'un de vos frères et/ou sœurs naturels, vivants ou décédés, a-t-il déjà souffert ou été diagnostiqué de l'une des affections suivantes :
accident vasculaire cérébral, cancer, sclérose en plaques, diabète ou problème de tension artérielle, maladie du cœur, des reins, polykystique des reins, d'Alzheimer, de Huntington, du motoneurone ou quelque forme de maladie héréditaire?

Membre de la famille	PERSONNE ADHÉRENTE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					PERSONNE CONJOINTE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
	Affection	Âge au début de la maladie	Âge actuel	Âge au décès	Cause du décès	Affection	Âge au début de la maladie	Âge actuel	Âge au décès	Cause du décès
Père										
Mère										
Sœur(s)										
Frère(s)										

5 CONSOMMATION D'ALCOOL, DE DROGUE ET DE TABAC

	Personne adhérente	Personne conjointe	Enfant 1	Enfant 2
1. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé la cigarette, le cigarillo, la pipe ou fait usage de toute autre forme de tabac ou de substitut, comme la gomme ou le timbre à la nicotine, ou de marijuana contenant tout produit de tabac ou de nicotine ? Si vous avez cessé votre utilisation au cours des 12 derniers mois, veuillez indiquer la date de cessation :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Année Mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Année Mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Année Mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Année Mois
2. Avez-vous déjà consommé des médicaments ou des drogues pour une raison autre que médicale ? Nom de la substance : Date de la dernière consommation :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Année Mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Année Mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Année Mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Année Mois
3. Consommez-vous des boissons alcoolisées ? Si oui, veuillez indiquer la quantité hebdomadaire et la quantité il y a 1 an : Bières (verres) Vin (verres) Spiritueux (onces)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Actuelle Il y a 1 an	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Actuelle Il y a 1 an	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Actuelle Il y a 1 an	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Actuelle Il y a 1 an
4. Avez-vous déjà entrepris une cure de désintoxication pour consommation de boissons alcoolisées ou de drogues, ou avez-vous déjà été encouragé à le faire ? Si oui, veuillez préciser la date et la raison de la cure à la section 7 (voir verso).	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

6 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET PERSONNELS

Est-ce que la personne à assurer :	Personne adhérente	Personne conjointe	Enfant 1	Enfant 2
1. a été incapable de vaquer à ses occupations régulières en raison d'une convalescence, d'une maladie ou d'une blessure, au cours des 3 dernières années ? Si oui, veuillez préciser à la section 7.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. a déjà présenté des signes, a déjà consulté un médecin ou a déjà été traité pour l'une des raisons suivantes : troubles cardiaques, des vaisseaux sanguins, rénaux, pulmonaires, anxieux, du système nerveux, psychologiques, au dos problème de cholestérol, de la tension artérielle, de santé suite à un accident arthrite, diabète, hépatite, colite ulcéreuse, cancer, tumeur, séropositivité, SIDA, sclérose en plaques ou maladie de Crohn ? Si oui, veuillez préciser et fournir le nom et l'adresse de votre médecin à la section 7.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. souffre d'une limitation, d'une malformation ou d'une autre déficience physique, nerveuse ou fonctionnelle ? Si oui, veuillez préciser à la section 7.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. prend des médicaments, des produits homéopathiques, reçoit des traitements ou suit une diète ? Si oui, veuillez préciser à la section 7.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Est-ce que la personne à assurer :		Personne adhérente	Personne conjointe	Enfant 1	Enfant 2
5.	a consulté, au cours des 5 dernières années ou prévoit consulter, au cours des 12 prochains mois, un médecin, un thérapeute ou un professionnel de la santé (psychologue, chiropraticien, etc.), y compris en médecine douce, ou a été admise dans un hôpital ou dans un autre établissement de santé ou a subi ou doit subir une intervention chirurgicale ? Si oui, veuillez préciser à la section 7.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6.	a subi, doit subir ou a été encouragé à subir un test de dépistage du VIH/SIDA ? Si oui, veuillez préciser à la section 7.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7.	a fait, au cours des 12 derniers mois, ou a l'intention de faire des envolées aériennes autrement qu'en tant que passager ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8.	a fait, au cours des 12 derniers mois, ou a l'intention de faire de l'alpinisme, des courses de véhicules motorisés, du deltaplane, du parachutisme, de la plongée sous-marine ou toute autre activité ou sport hasardeux ? Si oui, veuillez préciser la nature de l'activité à la section 7.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9.	s'est fait suspendre ou s'est fait retirer son permis de conduire au cours des 3 dernières années ? Si oui, veuillez préciser à la section 7.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10.	a, au cours des 12 derniers mois, voyagé ou a séjourné à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, ou a l'intention, au cours des 12 prochains mois, de voyager ou de séjourner à l'extérieur du Canada ou des États-Unis ? Si oui, veuillez préciser le pays, la date, la raison et la durée du séjour à la section 7.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

À remplir pour chacune des réponses affirmatives de la section 6. Au besoin, veuillez utiliser un second formulaire daté et signé par la personne à assurer, ou par son tuteur légal si elle est âgée de moins de 18 ans, et veuillez le joindre au présent formulaire.

[illegible]

8 AVIS AUX PERSONNES À ASSURER

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.

9 DÉCLARATIONS

Les soussignés :

1. 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.
2. 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.
3. Déclarent avoir été informé que Beneva peut recueillir ses 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 ses demandes. C'est le cas de la proposition électronique qui permet entre autres d'établir son profil de risque afin d'offrir la meilleure prime possible. Le soussigné convient que le fait de soumettre sa proposition enclenche l'activation de ces fonctions.
4. Déclarent avoir été informé 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.
5. 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.
6. Déclarent avoir pris connaissance de l'avis concernant la protection des renseignements personnels ainsi que des avis à la personne à assurer.

X

Date :

Signature de l'adhérent ou, si mineur, de son tuteur légal

AAAA/MM/JJ

X

Date :

Signature de la personne conjointe

AAAA/MM/JJ

X

Date :

Signature de la personne à charge âgée de 18 ans ou plus

AAAA/MM/JJ

X

Date :

Signature de la personne à charge âgée de 18 ans ou plus

AAAA/MM/JJ

10 AUTORISATIONS

Vos autorisations sont nécessaires pour fournir et administrer vos produits ou services:

1. Autorisent 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 leur état de santé, leurs antécédents médicaux ou leurs 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. Autorisent 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 leur état de santé, leurs antécédents médicaux ou leurs 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. Autorisent 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. Autorisent, 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.

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

X

Date :

Signature de l'adhérent ou, si mineur, de son tuteur légal

AAAA/MM/JJ

X

Date :

Signature de la personne conjointe

AAAA/MM/JJ

X

Date :

Signature de la personne à charge âgée de 18 ans ou plus

AAAA/MM/JJ

X

Date :

Signature de la personne à charge âgée de 18 ans ou plus

AAAA/MM/JJ

La personne adhérente doit faire une copie complète de ce formulaire pour référence