

Numéro de contrat _____

Renseignements généraux

Type de produit

- ☐ Horizon Santé
- ☐ Horizon Santé Camionneurs

Type de demande

- ☐ Modification (remplir les sections 1, 2, 5 et 11)
- ☐ Annulation (remplir les sections 1, 2, 6 et 11)
- ☐ Remise en vigueur (remplir les sections 1, 2 et les autres sections applicables)

Section 1 : Assuré

Prénom

Nom

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

Nom à la naissance (s'il est différent)

Date de naissance

Âge

Sexe

☐ Féminin

☐ Masculin

Adresse

App.

Ville

Province

Code postal

Téléphone (résidence)

Fumeur

☐ Oui

☐ Non

Langue de correspondance

☐ Français

☐ Anglais

Profession (fonction)

Téléphone (travail)

Employeur

Nombre de mois travaillés par année

Revenu d'emploi brut par année

Travail à partir du domicile

☐ Oui

☐ Non

Si oui, pourcentage du temps travaillé à domicile

%

Depuis combien de temps travaillez-vous à domicile ?

Travaillez-vous à contrat pour une ou des entreprises en particulier ?

☐ Oui

☐ Non

Faillite

☐ Oui

☐ Non

Date de libération

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

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

Prénom

Nom

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

Nom à la naissance (s'il est différent)

Date de naissance

Lien avec l'assuré

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 : Autres assurances en vigueur (individuelle et collective)

☐ Cochez s'il n'y a aucune assurance en vigueur

| Nom de la compagnie | Année d'émission | Invalidité : rente mensuelle | Maladies graves : capital |
|---------------------|------------------|------------------------------|---------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Section 4 : Remplacement

Cette demande remplace-t-elle une assurance en vigueur ?

☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, un ou des préavis de remplacement doit (doivent) être rempli(s) et soumis, selon les modalités applicables dans les provinces concernées, en même temps que la présente demande ou dans le délai prescrit par les provinces concernées.

Section 5 : Modification de garantie

| Nom de la garantie | Diminution de la période d'indemnisation | Augmentation du délai de carence | Diminution de l'indemnité | Nouvelle prime |
|--------------------|--|----------------------------------|---------------------------|----------------|
| | De : à : | De : à : | De : à : | \$ |
| | De : à : | De : à : | De : à : | \$ |
| | De : à : | De : à : | De : à : | \$ |
| | De : à : | De : à : | De : à : | \$ |

Section 6 : Annulation de garantie ou de contrat

| Numéro de contrat | Totale | Partielle, garantie spécifique à annuler |
|-------------------|--------------------------|--|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Numéro de contrat _____

Section 7 : Antécédents médicaux

À compléter pour toutes les garanties

Pour chaque **réponse affirmative**, donnez les **détails** ci-dessous.

Oui Non

Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous :

| | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. | souffert de défaut physique ou séquelle d'accident, fracture ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | pris des médicaments ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | été le sujet d'une réclamation en raison d'accident ou de maladie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | subi des traitements chiropratiques, chirurgicaux, médicaux ou psychologiques ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | eu une proposition d'assurance qui fut refusée, différée ou acceptée à des conditions spéciales ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | fait ou faites-vous usage de boissons alcoolisées ? Si oui, quelle quantité par semaine ? _____ Préciser si bière, vin ou spiritueux : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | fait ou faites-vous usage de narcotiques, marijuana, cocaïne, autres drogues ou avez-vous déjà été traité pour abus d'alcool ou de drogue ou avez-vous été conseillé à ce sujet ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Taille : _____ pi _____ m Poids : _____ lb _____ kg Votre poids a-t-il varié au cours des douze (12) derniers mois ? Si oui, de combien ? + : _____ - : _____ Dans l'affirmative, inscrivez la cause de la variation : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous été reconnu coupable de deux infractions ou plus au code de la route et/ou votre permis a-t-il été suspendu ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Êtes-vous actuellement en état d'invalidité totale et permanente ou êtes-vous actuellement en invalidité totale ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Si vous n'êtes pas citoyen canadien , votre statut est-il autre qu'immigrant reçu ayant vécu au Canada durant deux (2) ans ou plus ? Dans l'affirmative, veuillez préciser votre statut : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable d'une offense criminelle ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Avez-vous déjà pratiqué ou avez-vous l'intention de pratiquer des activités telles que course automobile, plongée sous-marine, parachutisme, ultraléger, deltaplane, alpinisme, bungee, art martial ou tout autre sport dangereux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Détails des réponses affirmatives avec date(s), nom(s) et adresse(s) du (des) médecin(s) consulté(s)

[illegible]

Section 8 : Questions médicales supplémentaires

À compléter pour les garanties suivantes : Rente d'invalidité suite à une maladie, Assurance frais généraux suite à une maladie, Assurance hospitalisation suite à une maladie. Assurance maladies graves

Pour chaque **réponse affirmative**, donnez les **détails** ci-dessous.

Oui Non

Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous :

- | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. | souffert de douleur ou angine de poitrine, pression artérielle élevée, ECG anormal, accident vasculaire cérébral ou ischémique cérébral transitoire, vertiges, maladies vasculaires périphériques ou toutes autres maladies du coeur, incluant l'infarctus du myocarde ainsi que l'insuffisance cardiaque ou des vaisseaux sanguins, cholestérol ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | souffert de diabète, d'épilepsie, de troubles de la thyroïde ou autre affection endocrinienne ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | déjà été traité, présenté des symptômes ou été diagnostiqué pour l'hépatite ou pour troubles du système immunitaire : syndrome immuno-déficitaire acquis (SIDA), affection reliée au SIDA (ARS) ou toute autre déficience du système immunitaire ou subi une épreuve indiquant la présence du virus du SIDA ou d'anticorps du SIDA ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | souffert de troubles respiratoires tels que asthme, bronchite chronique, emphysème, crachement de sang, tuberculose, allergies ou autre trouble respiratoire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | souffert de troubles neurologiques tels que perte de mémoire, convulsions, céphalée, paralysie, Alzheimer, maladie de Parkinson, maladie dégénérante, ou toute autre maladie touchant la moelle épinière, le cerveau ou les nerfs périphériques ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | souffert de troubles émotifs ou psychiatriques, tels que dépression, épuisement, anxiété ou autre désordre mental ou nerveux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | souffert de troubles digestifs tels que colite, ulcère, hémorragie intestinale, gastrique ou autre trouble de l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose) ou des intestins, maladie de Crohn ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | souffert de cancer, tumeur, kyste ou polype ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | souffert de troubles génito-urinaires tels que sucre, albumine, sang ou pus dans les urines, calcul ou autre trouble des reins, de la vessie, de la prostate ou des organes génitaux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | souffert de troubles musculo-squelettiques tels que rhumatisme, arthrite, goutte ou affection des muscles ou des os y compris de la colonne vertébrale, du dos et des articulations ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | été hospitalisé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | eu des symptômes ou problèmes de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin, ou été avisé de subir des tests ou opérations qui n'auraient pas encore été faits, ou un rendez-vous médical à venir ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous fait usage de tabac ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si oui, sous quelle forme ?

Détails des réponses affirmatives avec date(s), nom(s) et adresse(s) du (des) médecin(s) consulté(s)

[illegible]

Note concernant l'invalidité

Si la personne à assurer est déclarée en état d'invalidité totale et permanente ou est actuellement en invalidité totale, elle ne peut se prévaloir des garanties comportant des indemnités mensuelles d'invalidité.

Section 9 : Frais généraux

À compléter pour assurance frais généraux

| Au cours des cinq (5) dernières années : | | Oui | Non |
|--|-------|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. Avez-vous été ou êtes-vous travailleur autonome ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, <input type="checkbox"/> entreprise personnelle <input type="checkbox"/> société par actions <input type="checkbox"/> société de personnes | | | |
| 2. Nom et adresse de l'entreprise : | | | |
| 3. Nombre d'associés ou de partenaires vous incluant : | | | |
| 4. Pourcentage des parts : % % % % | | | |
| 5. Nombre d'employés à temps plein (à l'exception du propriétaire) ? | | Nombre d'employés à temps partiel ? | |
| 6. Avez-vous occupé un emploi dans le même genre d'entreprise auparavant ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, combien de temps ? | | | |
| 7. Votre entreprise est-elle en fonction à l'année ou en saison seulement ? | | | |
| Précisez le nombre de mois par année : | | | |
| 8. Quel est le montant moyen mensuel des dépenses encourues dans les douze (12) derniers mois ? | Total | Votre part | |
| a) loyer ou intérêt sur l'hypothèque commercial : | | | |
| b) salaires : | | | |
| c) services publics (chauffage, électricité, gaz, etc.) : | | | |
| d) téléphone : | | | |
| e) location de l'équipement de bureau : | | | |
| f) amortissement sur l'équipement : | | | |
| g) taxes : | | | |
| h) frais d'association : | | | |
| i) services de comptabilité et légal : | | | |
| j) autres dépenses fixes : | | | |
| Détaillez, si le total est plus de 10 % : | | | |
| | | | |
| Grand total : | | | |
| 9. Lors de votre dernier rapport d'impôt, quels étaient : | | | |
| a) revenu annuel brut : | | | |
| b) frais d'exploitation : | | | |
| c) revenu net : | | | |

Section 10 : Maladies graves

À compléter pour assurance maladies graves

| Section A | | Oui | Non |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Au cours des deux (2) dernières années : | | | |
| a) Avez-vous été ou vous a-t-on recommandé : | | | |
| – d'être hospitalisé ou opéré pour des problèmes cardiovasculaires ou vasculaires cérébraux ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – d'être hospitalisé, opéré ou traité pour un cancer, une tumeur maligne ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Avez-vous subi ou un médecin vous a-t-il recommandé de subir des tests pour dépistage du cancer dont le résultat n'est pas encore connu ou révèle la présence d'un cancer ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Avez-vous déjà souffert ou été informé par un médecin que vous souffrez des maladies, affections ou troubles suivants : hépatite, syndrome immuno-déficitaire acquis (SIDA), affection reliée au SIDA (ARS) ou toute autre déficience du système immunitaire ou subi une épreuve indiquant la présence du virus du SIDA ou d'anticorps du SIDA ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Section 10 : Maladies graves (suite)

À compléter pour assurance maladies graves

| Section A (suite) | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 3. Avez-vous été ou êtes-vous atteint de problèmes nécessitant l'utilisation d'un appareil respiratoire hors d'un hôpital ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous fait ou faites-vous usage de narcotiques, marijuana, cocaïne, autres drogues ou avez-vous déjà été traité pour abus d'alcool ou de drogue, ou avez-vous été conseillé à ce sujet ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous été reconnu coupable de deux infractions ou plus au code de la route et/ou votre permis a-t-il été suspendu ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Êtes-vous présentement dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'une des activités suivantes : a) manger, b) vous habiller, c) utiliser les toilettes, d) vous laver et entretenir votre personne, e) vous transférer du lit à un fauteuil ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Souffrez-vous d'une des maladies suivantes : a) cirrhose du foie, b) maladie d'Alzheimer, c) démence vasculaire, d) maladie de Parkinson, e) hépatite depuis plus de 12 mois, f) épilepsie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Souffrez-vous de diabète ? Dans l'affirmative, | | |
| a) avez-vous été diagnostiqué par un médecin ou un ophtalmologiste pour des troubles de la vision et/ou des globes oculaires, des problèmes rénaux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) avez-vous subi une amputation au cours des cinq (5) dernières années ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) êtes-vous insulino-dépendant ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions posées à la section A, vous n'êtes pas admissible à l'assurance maladies graves.

| Section B | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Avez-vous déjà souffert ou été informé par un médecin que vous souffrez des maladies, affections ou troubles suivants : a) cancer, tumeur, polype, augmentations des glandes, troubles sanguins, hémophilie ou toutes autres maladies malignes ? b) douleur ou angine de poitrine, pression artérielle élevée, ECG anormal, accident vasculaire cérébral ou ischémique cérébrale transitoire, vertiges, maladies vasculaires périphériques ou toutes autres maladies du cœur, incluant l'infarctus du myocarde ainsi que l'insuffisance cardiaque, ou des vaisseaux sanguins, cholestérol ? c) troubles des reins (autre qu'un calcul rénal) incluant l'insuffisance rénale, de la prostate, de la vessie ? d) troubles des intestins ou du colon tels que la maladie de Crohn, colite ulcéreuse ? e) affections chroniques des poumons, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), fibrose kystique, ou d'emphysème ? f) paralysie permanente ? g) sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, ou Chorée de Huntington ? h) transplantation ou insuffisance d'un organe vital ? i) Lupus érythémateux disséminé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Avez-vous eu des symptômes, signes ou malaises pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin, ou été avisé de subir des tests, traitements ou opérations qui n'auraient pas encore été faits ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous déjà été informé que les résultats de vos analyses de sang, radiographie, électrocardiogramme ou de toutes autres épreuves diagnostiquées étaient anormaux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Votre poids actuel excède-t-il le poids maximal indiqué dans le tableau ci-après ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Taille | | Poids maximal homme | | Poids maximal femme | |
|--------------|-------------|---------------------|-----|---------------------|-----|
| Pieds | Centimètres | Livres | Kgs | Livres | Kgs |
| 5'0" - 5'3" | 152 - 160 | 208 | 94 | 191 | 87 |
| 5'4" - 5'6" | 163 - 168 | 230 | 104 | 213 | 97 |
| 5'7" - 5'9" | 170 - 175 | 250 | 113 | 229 | 104 |
| 5'10" - 6'0" | 178 - 183 | 270 | 122 | 249 | 113 |
| > 6'0" | > 183 | 291 | 132 | 274 | 124 |

Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions posées à la section B, vous n'êtes pas admissible à l'assurance maladies graves.

Section 10 : Maladies graves (suite)

À compléter pour assurance maladies graves

Section C

OuiNon

1. Avez-vous déjà fait usage de tabac, sous quelque forme que ce soit (cigarette, cigare, pipe, cigarillos) ?

Dans l'affirmative, à quelle date avez-vous cessé ?

2. Taille : pi m Poids : lb kg

Votre poids a-t-il varié au cours des douze (12) derniers mois ?

Si oui, de combien ? + : - :

Dans l'affirmative, inscrivez la cause de la variation :

3. Un membre de votre famille immédiate (père, mère, frère, sœur) a-t-il eu avant l'âge de 60 ans :
un cancer (spécifier le type), un infarctus ou un accident vasculaire cérébral (AVC), du diabète, une maladie des reins, la Chorée de Huntington, une affection du motoneurone ou toute autre maladie héréditaire ?

Si vous avez répondu « oui », veuillez remplir le tableau suivant :

| Lien de parenté | Condition | Âge au début | Âge actuel | Âge au décès | Cause du décès |
|-----------------|-----------|--------------|------------|--------------|----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

4. Vous a-t-on déjà refusé, supprimé, modifié ou différé une proposition d'assurance ou une demande de remise en vigueur ?

Si vous avez répondu « oui », veuillez fournir les détails ci-dessous :

Section 11 : Déclarations, autorisations et signatures

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 téléphonique ENREGISTRÉ avec un professionnel de la santé, ou lors d'un entretien en personne avec un professionnel de la santé. Les soussignés conviennent que ce questionnaire complémentaire sera réputé faire partie de la présente modification 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 de l'avenant et/ou de la confirmation de la modification et d'aviser immédiatement Beneva inc. s'ils y décèlent des renseignements faux, inexacts ou incomplets.
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), le contrat sera nul dans le cas dudit assuré.
3. Autorisent tout professionnel de la santé, hôpital ou établissement de santé ou de services sociaux privé ou public, toute compagnie d'assurances, tout réassureur ou toute autre institution ou personne possédant des dossiers ou des renseignements à leur sujet ou sur leur état de santé à les communiquer à Beneva inc. ou à ses réassureurs, lesquels renseignements seront traités confidentiellement et consignés au dossier mentionné à l'**Avis relatif aux dossiers et aux renseignements personnels** qu'ils ont lu.
4. Autorisent Beneva inc. et ses réassureurs aux fins de la sélection, de l'appréciation des risques, de l'établissement de la prime, de l'administration de l'assurance et du règlement des sinistres seulement : à recueillir, retenir et échanger uniquement les renseignements nécessaires selon l'objet du dossier auprès de toute personne physique ou morale possédant des renseignements personnels à leur sujet, y compris toute autre compagnie d'assurances, tout médecin ou institution médicale, le Bureau des renseignements médicaux (MIB), toute agence d'évaluation de crédit ou d'enquête et toute personne physique ou morale susceptible de posséder des renseignements personnels pertinents à l'objet du dossier, à divulguer uniquement les renseignements personnels requis qu'elle possède sur eux auxdites personnes physiques ou morales et à demander sur eux un rapport d'enquête. La présente autorisation vaut pour la période nécessaire à l'atteinte des fins auxquelles elle a été demandée. Les soussignés ont lu les **Avis aux personnes à assurer et au(x) propriétaire(s)** relatifs au Bureau des renseignements médicaux et aux dossiers et renseignements personnels et comprennent que les renseignements seront traités confidentiellement et consignés dans le dossier de l'assuré mentionné dans ces derniers avis.
5. Déclarent que les affirmations précédentes sont véridiques, complètes et correctement inscrites 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 dénatés.

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 12 : 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 13 : Rapport du conseiller en sécurité financière / représentant

1. Source

☐ Venant de l'assuré

☐ Cas référé

☐ Connaissance

☐ Client Vie

☐ Client I.A.R.D.

☐ Autre :

2. Relation avec la personne à assurer

☐ Ami personnel

☐ Lien de parenté (précisez) :

Depuis quand connaissez-vous la personne à assurer ?

3. Avez-vous des doutes sur l'assurabilité de la personne à assurer ?

☐ 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 demande ?

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

☐ 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 demande à la personne à assurer ?

Section 14 : Renseignements sur le 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.

X

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

Signature du conseiller en sécurité financière / représentant

Date

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

| 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) | | | | |

Notes et détails du conseiller en sécurité financière / représentant

Section 15 : Autorisation

J'autorise par la présente tout médecin, hôpital, clinique, compagnie d'assurance, le Bureau des renseignements médicaux ou autre organisme ou institution détenant des renseignements sur moi comprenant notamment des renseignements sur mon état de santé, mes antécédents médicaux, mon mode de vie, mes finances et ma réputation, à communiquer les renseignements à Beneva inc. et à ses réassureurs. J'autorise également mon assureur à échanger avec d'autres assureurs, conseiller en sécurité financière, institutions financières ou personnes que j'ai indiquées à titre de références, les renseignements personnels contenus dans la présente demande et à faire enquête auprès d'eux pour l'évaluation du risque et l'établissement de la prime ou lors d'une réclamation.

En cas de décès, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession, est expressément autorisé à communiquer à l'assureur, lorsque requis par ce dernier, tous les renseignements et autorisations nécessaires à l'étude de la réclamation de décès et à l'obtention des justifications requises. En outre, je permets à Beneva inc. d'obtenir des renseignements sur moi ou mon état de santé, j'accepte de me soumettre à toute épreuve ou test, incluant mais non limitativement des radiographies, électrocardiogrammes, analyses de sang et d'urine, que Beneva inc. peut exiger aux fins de tarification de ma demande d'assurance. Par ailleurs, j'autorise Beneva inc. à communiquer les résultats de ces analyses à ses réassureurs, le cas échéant, à mon médecin traitant et au Bureau de renseignements médicaux. De plus, j'autorise Beneva inc. à inclure tous renseignements personnels contenus dans les dossiers que la Compagnie possède déjà ou ouvrira dans le futur.

Une photocopie ou une copie électronique de cette autorisation aura la validité de l'original.

| | | |
|--|---|--|
| <p>Nom de l'assuré (en caractères d'imprimerie)</p> <p>S'il s'agit d'un mineur, nom (en caractères d'imprimerie) et Signature de la mère, du père ou du représentant légal (indiquer le lien avec l'assuré)</p> | <p>X</p> <p>Signature de l'assuré</p> | <p>Date</p> <p> A A A A M M J J </p> |
|--|---|--|

Cet avis doit être remis au propriétaire en tout temps.

Section 16 : Avis aux personnes à assurer et au(x) propriétaire(s)

Avis relatif au Bureau des renseignements médicaux (MIB Inc.)

Les renseignements relatifs à chaque personne à assurer seront traités confidentiellement et seront consignés dans le dossier mentionné à l'Avis relatif aux dossiers et aux renseignements personnels. Cependant, Beneva inc. ou ses réassureurs pourront en soumettre un bref rapport à MIB Inc., antérieurement connu comme Bureau des renseignements médicaux, organisme à but non lucratif formé de compagnies d'assurance vie et effectuant un échange d'information au nom de ses compagnies membres. Si vous souscrivez une assurance vie, une assurance accident-maladie ou une assurance en cas de maladie grave auprès d'une compagnie membre du Bureau, ou si vous lui demandez des prestations ou des indemnités, le Bureau fournira à cette compagnie, sur demande, les renseignements qu'il possède sur vous. Sur réception d'une demande de votre part, le Bureau prendra des dispositions pour vous donner les renseignements figurant sur votre fiche. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du Bureau, vous pourrez lui demander une rectification. Voici l'adresse du Bureau :

Bureau des renseignements médicaux, 330, avenue University, bureau 501, Toronto (Ontario) Canada M5G 1R7, téléphone : (416) 597-0590.

Beneva inc. ou ses réassureurs pourront eux aussi communiquer des renseignements tirés de ses dossiers à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous auriez demandé une assurance vie, une assurance accident-maladie ou une assurance en cas de maladie grave ou auxquelles vous demanderiez des prestations ou des indemnités. La signature de la clause d'autorisation vaut consentement de la part des assurés pour la communication des renseignements au Bureau des renseignements médicaux.

Vous pouvez obtenir de l'information concernant MIB Inc. en consultant leur site Internet au : www.mib.com.

Avis relatif aux dossiers et aux renseignements personnels

Beneva inc. avise les assurés que tous les renseignements recueillis auprès de ceux-ci ou auprès de tiers, tel que mentionné dans la présente demande pour apprécier les risques, l'établissement de la prime et les réclamations, sont versés dans un dossier dont l'objet est « Assurances de personnes ». Seuls les préposés, mandataires ou agents de Beneva inc. et les personnes autorisées par l'assuré ont accès à ce dossier lorsque requis pour l'exercice de leurs fonctions, l'exécution de leurs mandats ou pour des fins autorisées par l'assuré. Ce dossier est détenu au bureau de Beneva inc. L'assuré a le droit d'avoir accès aux renseignements personnels qui y sont contenus et le cas échéant, de les faire rectifier. Pour se prévaloir de son droit d'accès ou de rectification, l'assuré doit transmettre sa demande par écrit à Beneva inc. au 1225, rue Saint-Charles Ouest, bureau 200, Longueuil (Québec) J4K 0B9, à l'attention du responsable de l'accès à l'information. La signature du formulaire d'autorisation à la fin de la présente demande vaut consentement des assurés à la susdite cueillette de renseignements qui seront consignés dans le dossier mentionné ci-dessus.