

| | | | | | |
|---|--|---|-------------------------------|--|--------------|
| Nom de la personne assurée | | | Prénom de la personne assurée | | |
| Date de naissance: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | Sexe: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | N° de contrat | | N° de client |
| Année | | Mois | Jour | | |
| Adresse (n°, rue, appartement, ville, province) | | | | | Code postal |
| Ind. rég. | | | Téléphone | | |

1 La personne assurée demeure-t-elle à l'adresse mentionnée ci-dessus? Oui Non

Si non, où demeure-t-elle ?

- Dans un centre d'hébergement
 Dans un hôpital
 Dans la résidence d'un membre de sa famille
 Autre: _____

2 La personne assurée est-elle représentée par un tuteur au majeur? Oui Non – **Si oui**:

Nom du tuteur

Prénom du tuteur

Lien avec la personne assurée

Adresse (n°, rue, appartement, ville, province)

Code postal

Ind. rég. Téléphone (résidence)

Ind. rég. Téléphone (travail)

3 Cochez les activités de la vie quotidienne que la personne assurée ne peut habituellement accomplir sans l'aide d'une autre personne, et ce, telles que décrites au contrat.

- Prendre son bain – se laver
 Se vêtir – s'habiller
 Effectuer certains déplacements – se déplacer
 Aller aux toilettes – utiliser les toilettes
 Être continent – Continence
 Se nourrir

Je reconnais et conviens que les réponses contenues dans ce formulaire sont complètes et véridiques.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____ .

X

Signature de la personne assurée ou de son représentant

Protection des renseignements personnels

Beneva vous rappelle qu'elle accorde une grande importance à la protection de vos renseignements personnels. Pour en connaître davantage sur nos pratiques, nous vous invitons à consulter notre Énoncé de confidentialité au beneva.ca.