

Beneva
625, rue Jacques-Parizeau, C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200 ou 1 800 463-4856
Courriel : adm.collectif@beneva.ca

N° de groupe	N° d'employeur
1 0 3 0 0 0	

N° d'assurance sociale (NAS)

N° d'identification (sera fourni par l'Assureur au moment de l'adhésion)

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENTE

Nom du groupe FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC	Nom de l'employeur	N° d'employée
---	--------------------	---------------

Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
-----	--------	--------------------------------	--	---

App.	N° rue	Ville	Province	Code postal
------	--------	-------	----------	-------------

Adresse courriel ¹	Téléphone principal	Poste	Téléphone autre	Poste
-------------------------------	---------------------	-------	-----------------	-------

Note 1 : En donnant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir uniquement les documents relatifs à mon assurance collective.

État civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> mariée ou unie civilement <input type="checkbox"/> conjointe de fait <input type="checkbox"/> veuve <input type="checkbox"/> divorcée <input type="checkbox"/> séparée	Depuis le (AAAA/MM/JJ)
---	------------------------

Date d'emploi (AAAA/MM/JJ)	Date d'admissibilité (AAAA/MM/JJ)	Statut d'emploi <input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/> temporaire <input type="checkbox"/> autre : _____
----------------------------	-----------------------------------	--

Fonction actuelle	Salaire annuel _____ \$	Travail à temps <input type="checkbox"/> complet <input type="checkbox"/> partiel : _____ % ou _____ heures/semaine
-------------------	----------------------------	---

2. RAISON DE LA (DES) MODIFICATION(S)

Événement de vie (naissance, mariage, etc.) : _____ Date d'effet de l'événement

 Année Mois Jour

Révision annuelle du % de temps de travail

Veillez cocher la ou les modification(s) que vous désirez apporter à vos régimes d'assurance à la section 3 ci-dessous.

3. RÉGIMES

Régime d'assurance maladie - Obligatoire	
Choix de module²	Catégorie de protection
<input type="checkbox"/> Bronze	<input type="checkbox"/> Individuelle
<input type="checkbox"/> Argent	<input type="checkbox"/> Monoparentale (sans conjoint)
<input type="checkbox"/> Or	<input type="checkbox"/> Familiale
<input type="checkbox"/> Exemption ³	
Période minimale de participation au module choisi de 24 mois⁴	

Régime de soins dentaires
Catégorie de protection⁵
<input type="checkbox"/> Individuelle
<input type="checkbox"/> Monoparentale (sans conjoint)
<input type="checkbox"/> Familiale
<input type="checkbox"/> Je mets fin à ma participation au régime
Période minimale de participation au régime de 36 mois

	J'adhère	J'ajoute	J'enlève
Régime d'assurance vie			
Vie de base de l'adhérente (incluant Mort et mutilation accidentelles de base de l'adhérente) – Montant : 5 000 \$	<input checked="" type="checkbox"/>	s. o.	s. o.
Vie du conjoint et des enfants à charge⁶ – Conjoint : 3 000 \$ – Enfant à charge : 3 000 \$	s. o.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vie additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 \$) (incluant Mort et mutilation accidentelles additionnelle de l'adhérente)	Veillez cocher le montant d'assurance désiré pour cette garantie⁷ :		
	<input type="checkbox"/> 5 000 \$	<input type="checkbox"/> 10 000 \$	<input type="checkbox"/> 15 000 \$ <input type="checkbox"/> 25 000 \$
	<input type="checkbox"/> 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 75 000 \$	<input type="checkbox"/> 100 000 \$ <input type="checkbox"/> Aucun
Vie additionnelle de l'adhérente (plus de 100 000 \$) ^{8 et 9} – 1 à 16 tranches de 25 000 \$ ¹⁰	Nombre de tranches : _____		
Vie additionnelle du conjoint⁹ – 1 à 20 tranches de 25 000 \$ ¹⁰	Nombre de tranches : _____		

Régime d'assurance invalidité de longue durée	<input checked="" type="checkbox"/>	s. o.	s. o.
--	-------------------------------------	-------	-------

Note 2 : La salariée ne détenant pas un statut d'emploi permanent à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet se verra octroyer automatiquement le module bronze après 1 mois de service continu et son choix de module sera appliqué à la fin de son délai d'admissibilité à tous les régimes d'assurance, soit après 3 mois de service continu. | **Note 3 :** Afin de bénéficier du droit d'exemption, la salariée doit établir qu'elle-même et ses personnes à charge sont protégées en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des protections similaires. | **Note 4 :** Cette période doit être complétée avant de pouvoir changer pour un module inférieur. Changement pour un module supérieur possible en tout temps. | **Note 5 :** La catégorie de protection choisie pour le régime de soins dentaires peut être différente de celle choisie pour le régime d'assurance maladie. Veuillez consulter le contrat pour connaître les combinaisons de catégories de protection possibles. | **Note 6 :** La participation à cette garantie est **obligatoire** pour l'adhérente détenant une catégorie de protection autre qu'individuelle en vertu du Régime d'assurance maladie. | **Note 7 :** Si la demande est effectuée dans les 30 jours suivant la date de début de l'admissibilité, des preuves d'assurabilité sont requises seulement pour le montant de 100 000 \$. Après ce délai, des preuves d'assurabilité sont requises pour tous les montants d'assurance. | **Note 8 :** Pour adhérer à cette garantie, l'adhérente doit détenir un montant d'assurance de 100 000 \$ en vertu de la vie additionnelle de l'adhérente (maximum 100 000 \$). | **Note 9 :** Inclut les droits acquis. | **Note 10 :** Des preuves d'assurabilité sont requises en tout temps.

