

**Beneva**  
625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500, Québec (Québec) G1K 8X9  
418 644-4200 ou 1 800 463-4856 • Télécopieur : 418 646-1313 • adm.collectif@beneva.ca

N° de groupe					N° d'employeur				
1	0	3	0	0	0	1	0	4	1
N° d'identification									

**1 RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ASSURÉS**

**PERSONNE ADHÉRENTE (vous)**

Nom et prénom		Nom à la naissance (si différent)		Sexe <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 <input type="checkbox"/> Non	Si non, depuis quelle date ?	Année	Mois	Jour	Raison de l'arrêt de travail :

**PERSONNE CONJOINTE (si vous désirez l'assurer)**

Nom et prénom		Nom à la naissance (si différent)		Sexe <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.

<b>Enfant 1</b>	Nom et prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)			
<b>Enfant 2</b>	Nom et prénom	Sexe <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		Poids actuel		Poids (il y a un an)		Raison de la variation, s'il y a lieu
	<input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> pi/po	<input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> lb	<input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> lb	
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					PERSONNE CONJOINTE				
	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
<b>Père</b>										
<b>Mère</b>										
<b>Sœur(s)</b>										
<b>Frère(s)</b>										

**5 CONSOMMATION D'ALCOOL, DE DROGUES 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 ? <b>Si vous avez cessé votre utilisation au cours des 12 derniers mois, veuillez indiquer la date de cessation :</b>	<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 ? <b>Nom de la substance :</b> <b>Date de la dernière consommation :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Année Mois			
3. Consommez-vous des boissons alcoolisées ? <b>Si oui, veuillez indiquer la quantité hebdomadaire et la quantité il y a 1 an :</b> <b>Bières (verres)</b> <b>Vin (verres)</b> <b>Spiritueux (onces)</b>	<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 ? <b>Si oui, veuillez préciser la date et la raison de la cure à la section 7 (voir verso).</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

