

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
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.

Enfant 1	Nom et prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)
Enfant 2	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 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
Père										
Mère										
Sœur(s)										
Frère(s)										

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 ? 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
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 2 dernières années, 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 2 dernières années, 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 2 dernières années, voyagé ou a séjourné à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, ou a l'intention, au cours des 2 prochaines années, 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

7 EXPLICATIONS

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.

Numéro de la question	Nom de la personne concernée	Date AAAA/MM	Date(s) et raison(s) des consultations médicales, maladies, diagnostics, hospitalisations, chirurgies, traitements, médicaments et dosages, résultats d'examen, nom(s) et adresse(s) du ou des médecin(s) ou hôpitaux visités, durée de l'absence au travail, nature de l'activité ou toute autre information relative aux questions des sections 5 et 6

8 AUTORISATION ET DÉCLARATION


Si vous présentez une demande pour la personne assurée âgée de 18 ans ou plus, son consentement est nécessaire et, ainsi, sa signature est également requise.

« J'autorise tout médecin, tout autre professionnel et intervenant dans le domaine de la santé et de la réadaptation, ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, de même que tout réassureur, tout organisme public ou privé, toute agence de renseignements qui aurait reçu tel mandat, tout intermédiaire de marché, tout employeur ou ex-employeur, le Preneur ainsi que toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements personnels, notamment des renseignements médicaux à mon sujet et au sujet de mes personnes à charge, le cas échéant, à fournir à La Capitale assureur de l'administration publique inc. (ci-après appelée " La Capitale ") ou à ses mandataires tous les renseignements nécessaires au traitement de mon dossier.


J'autorise également La Capitale à communiquer ces renseignements aux personnes susmentionnées lorsque nécessaire, dans le cadre de ses activités et du traitement de mon dossier. »


Le présent consentement est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

« Je confirme que les renseignements contenus dans ce formulaire sont vrais, sachant que La Capitale se base sur ces renseignements pour accepter ou refuser ma demande et je comprends que toute déclaration incomplète, inexacte, fautive ou mensongère peut entraîner l'annulation de mon contrat d'assurance. »

 Date : _____
Signature de l'adhérent ou, si mineur, de son tuteur légal AAAA/MM/JJ

 Date : _____
Signature de la personne conjointe AAAA/MM/JJ

 Date : _____
Signature de la personne à charge âgée de 18 ans ou plus AAAA/MM/JJ

 Date : _____
Signature de la personne à charge âgée de 18 ans ou plus AAAA/MM/JJ

Le présent formulaire peut être transmis à l'Assureur par la poste, par télécopieur ou par courriel.
Si vous n'avez pas transmis le document original, assurez-vous de le conserver en lieu sûr en cas de contrôle.
Il est à noter que l'Assureur peut exiger le document original en tout temps aux fins de vérification.