

1 Renseignements généraux - Personne adhérente	
1.1 Nom	1.2 Prénom
1.4 Adresse	1.3 N° d'assurance sociale
1.5 Code postal	1.6 N° tél. au travail
1.7 Courriel	1.8 N° tél. à la résidence
1.9 Date de naissance	1.10 Sexe à la naissance
1.11 Communication	1.12 Si oui, nom des employeurs
1.13.1 Occupez-vous un autre poste ou une autre fonction chez l'employeur? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	1.13.2 Si oui, titre ou fonction:
1.13.3 Êtes-vous en congé sans traitement? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	1.13.4 Êtes-vous couvert par une assurance collective dans les 30 derniers jours? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
1.13.5 Si vous êtes couvert par une assurance collective, indiquez le numéro de certificat	1.13.6 Cette demande résulte-t-elle d'un transfert d'un employeur à un autre? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
1.14 Événement justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement	1.15 Événement justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement
COHABITATION <input type="checkbox"/> → 1.16 enfant est-il issu de l'un ou l'autre des parents? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	MASSACRE <input type="checkbox"/> DÉBUT OU FIN DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE CONJOINTE <input type="checkbox"/>
MARIAGE <input type="checkbox"/>	PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT <input type="checkbox"/>
ADOPTION <input type="checkbox"/>	SÉPARATION <input type="checkbox"/>
	DIVORCE <input type="checkbox"/>
2 Régimes	
• Vous devez choisir un des statuts de protection suivants:	
2.1 RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE	2.2 RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE VIE (incluant l'assurance vie et la mutation par accident de l'adhérent, du conjoint et des personnes à charge)
2.3 RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	2.4 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (RCO)
2.5 RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE (Voir note 1 au verso)	2.6 Régime facultatif d'assurance vie additionnelle de l'adhérent (le montant total de projection choisi peut être de 1, 2, 3, 4 ou 5 fois le traitement annuel)
2.7 Régime facultatif d'assurance vie additionnelle du conjoint (le montant de projection choisi peut être de 1 à 10 tranches de 10 000 \$)	2.8 Régime facultatif d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe (le montant de projection choisi peut être de 1 à 10 tranches de 10 000 \$)
3 Bénéficiaire : assurance vie	
3.1 La somme assurée sera payable à la succession de l'adhérent <input type="checkbox"/> ou <input type="checkbox"/>	
3.2 Le bénéficiaire est révoqué* <input type="checkbox"/> (peut être changé en tout temps)	
3.3 Le bénéficiaire est révoqué* <input type="checkbox"/> (ne peut être changé sans le consentement écrit du bénéficiaire nommé irrevocable)	
3.4 Je désigne comme bénéficiaire (au décès) : <input type="checkbox"/> Conjoint(e) légal(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) légal(e) et fils - filles <input type="checkbox"/> Père-mère <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait et fils - filles (8) <input type="checkbox"/> Frères-Sœurs <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
(Nom(s) du/des bénéficiaire(s))	
4 Désignation de la personne conjointe : régime obligatoire d'assurance accident maladie, régime de rentes de survivants.	
4.1 Nom	4.2 Prénom
4.3 Date de naissance	4.4 Sexe à la naissance
Le régime de rentes de survivant est offert seulement si les conditions de travail du participant ou un décret le prévoient.	

5 Employeur	
5.1 N° d'employé(e)	5.2 N° d'employeur Relevoir Québec
5.3 Reçu de l'emploi	5.4 Date d'entrée en fonction
5.5 N° de groupe	
5.6 Ministère	5.7 Nom de l'employeur, de l'organisme ou de l'établissement
5.8 Statut d'engagement	
5.8.1 Permanent <input type="checkbox"/>	5.8.2 Temporaire admissible <input type="checkbox"/>
5.8.3 Occasionnel <input type="checkbox"/>	5.8.4 Temps plein <input type="checkbox"/>
	5.8.5 Temps partiel <input type="checkbox"/>
	5.8.6 <input type="checkbox"/>
5.9.1 Titre ou fonction de l'adhérent:	5.9.2 Salaire annuel de base: \$
5.9.3 Date de début d'absence de l'adhérent	5.9.4 Classe salariale
5.9.5 Date de fin d'absence de l'adhérent	5.9.6 Classe salariale
5.10 Je certifie que les renseignements sont exacts et complets. (Section réservée aux ressources humaines)	
5.10.1 Identification de la personne ayant rempli le formulaire:	5.10.2 Date:
5.10.3 N° tél.:	5.10.4 Nom et prénom du représentant autorisé de l'employeur
5.10.4 Nom et prénom du représentant autorisé de l'employeur	5.10.5 Date:
5.10.5 Date:	5.10.6 Signature du représentant autorisé de l'employeur (voir note 2 au verso)
5.11 Commentaires	

6 Déclaration de personne non-fumeuse	
Je soussigné(e) déclare être une personne non-fumeuse et travail fumé aucun produit de tabac tel que cigarette, cigarette électronique (vapoteuse), cigare ou pipe. Il aucune drogue au cours des douze (12) derniers mois. Il est entendu que Beneva inc. peut demander périodiquement une confirmation de ce statut. À défaut de répondre, la personne assurée perd ce statut et ne bénéficie plus de la réduction de prime qui s'y rattache à compter de la date de la demande de Beneva inc. Je reconnais également que toute fausse déclaration ou rétroaction peut entraîner la nullité de la protection. Pour vous-même	
6.1 Date:	6.2 Signature de la personne adhérente:
6.3 Date:	6.4 Signature de la personne conjointe:

7 Signature obligatoire	
* J'autorise mon employeur et Beneva inc. à recueillir, utiliser et communiquer mes renseignements personnels dans le cadre de l'administration de mon contrat d'assurance collective. Je reconnais de plus avoir pris connaissance de l'avis concernant la protection des renseignements personnels et certifie que les renseignements inscrits sont exacts et complets. J'autorise mon employeur et Beneva inc. à recueillir, utiliser et communiquer mon numéro d'assurance sociale à des fins d'identification. J'autorise mon employeur d'obtenir de mon salaire les primes requises en vertu des régimes que j'ai choisis.	
7.1 Date:	7.2 Signature de la personne adhérente

CHOIX DE PROTECTION

Note 1

Assurance vie additionnelle - Ajout ou retrait

Dans la colonne «ajout» ou «retrait», le chiffre que vous inscrivez correspond à la protection que vous désirez et non pas au nombre d'unités que vous ajoutez ou enlevez. À titre d'exemple, si vous possédez 3 fois votre salaire et que vous indiquez «2» sur la ligne sous «réduire à» de la colonne «retrait», nous retrancherons 1 unité de salaire de votre montant d'assurance vie additionnelle.

STATUT D'ENGAGEMENT

Note 2

Joindre à la demande d'adhésion, selon le secteur concerné, la lettre d'engagement, l'acte de nomination, la lettre de nomination, la description de tâches et l'organigramme. Ces documents doivent être envoyés à l'adresse suivante :

Retraite Québec
Case Postale 5500, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 0G9

Si des informations additionnelles sont requises au sujet de la section 5 du formulaire, veuillez contacter Retraite Québec à l'un des numéros de téléphone suivants :

418 643-4640
1 866 627-2505

Le formulaire doit être signé par le représentant autorisé de l'employeur, en vertu notamment des dispositions légales à cet effet ou, s'il y a eu une délégation de signature, par la personne désignée.



Avis concernant la protection de vos renseignements personnels

Pour Beneva¹, protéger vos renseignements personnels est primordial. C'est pourquoi nous vous informons que nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels avec votre consentement, à moins que la loi nous autorise à le faire autrement, et ce, pour la durée nécessaire aux fins ci-dessous :

- vous identifier
- établir et mettre à jour votre profil, vos besoins et vos objectifs
- évaluer vos demandes et votre admissibilité à nos produits et services
- vous communiquer des conseils liés à votre situation
- administrer vos contrats ainsi que vos produits ou services (ex. : tarification, sélection des risques, souscription, traitement de vos réclamations, etc.)
- se conformer à des exigences légales et réglementaires (ex. : pour prévenir, détecter ou réprimer les infractions, les cybermenaces, la fraude, etc.)
- obtenir votre opinion en lien avec nos produits ou services
- vous proposer des offres et des conseils personnalisés sur nos produits ou nos services selon vos préférences et conformément aux règles relatives aux communications électroniques et téléphoniques
- mener des études et des recherches incluant la conception et l'application de modèles statistiques dont certains peuvent permettre de créer ou d'enrichir de nouvelles informations à votre sujet

De quelles façons Beneva recueille vos renseignements personnels ?

Nous pouvons recueillir vos renseignements personnels par téléphone, en personne, et à l'aide de nos formulaires et de nos interfaces numériques.

À qui Beneva communique vos renseignements personnels ?

Pour les raisons mentionnées plus tôt, et seulement s'ils sont liés à vos produits ou services, nous communiquons vos renseignements personnels à nos sociétés affiliées et à nos réseaux de distribution ainsi qu'à des tiers, dont certains peuvent être situés à l'extérieur du Québec et du Canada.

Ces tiers peuvent inclure :

- d'autres institutions financières, comme des assureurs et des réassureurs
- d'autres organismes ou entités détenant des renseignements sur vous, entre autres, en assurance, en fraude ou en indemnisation
- des intermédiaires
- des agences d'évaluation du crédit
- des ministères et des organismes gouvernementaux ou des autorités réglementaires
- des employeurs
- des fournisseurs de services en lien avec une réclamation, comme des professionnels de la santé et des ateliers de réparation automobile
- d'autres mandataires et fournisseurs de services (services technologiques, services d'impression et d'expédition de documents, etc.)

Notez que dans tous les cas, nous nous assurons qu'ils respectent la protection de vos renseignements personnels.

Quels sont vos droits d'accès et de rectification ?

Accéder à vos renseignements personnels ou demander la correction d'un renseignement incomplet ou inexact est possible. Transmettez-nous une demande à l'adresse suivante :

Responsable de la protection des renseignements personnels

Beneva
2525, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 2L2
responsablepp@beneva.ca

Pour en savoir plus sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, consultez la version complète de notre Énoncé de confidentialité au [beneva.ca/fr/notes-juridique-confidentialite/protection-renseignements-personnels](#).

Votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication de vos renseignements personnels est nécessaire à la fourniture du produit ou service demandé ou offert. Vous avez le droit de retirer votre consentement, mais Beneva ne pourra toutefois plus continuer à vous offrir ses produits ou services.

1. Le terme «Beneva» signifie Beneva Inc., ses sociétés affiliées, leurs succursales et ses réseaux de distribution. Les sociétés affiliées de Beneva Inc. désignent, Services d'investissement Beneva Inc., Société d'assurance Beneva Inc., L'Unique assurance généraliste Inc. et Union assurances Inc.