



1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE												
1.1 Nom	1.2 Prénom	1.3 N° d'assurance sociale										
2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX												
2.1 Adresse		2.2 Code postal										
2.3 N° tél. au travail	2.4 N° tél. à la résidence	2.5 Date de naissance A M J	2.6 Sexe à la naissance M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	2.7 Communication Fr. <input type="checkbox"/> Ang. <input type="checkbox"/>								
2.1 Courriel												
DÉSIGNATION DE LA PERSONNE CONJOINTE												
Nom	Prénom	Date de naissance A M J	Sexe à la naissance M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>									
3 RÉGIMES		ADHÉSION			CHANGEMENT							
<b>3.1 RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (obligatoire)</b> Vous devez choisir un seul des régimes suivants : • Maladie de base • Maladie intermédiaire • Maladie supérieur <b>(Voir notes 1, 2, 3 et 4 au verso)</b>		Ind	Mono	Couple	Fam	Exemption *	Ind	Mono	Couple	Fam	Exemption	
<b>3.2 RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES (facultatif)</b> <b>(Voir notes 1, 2, 3 et 4 au verso)</b>		Ind	Mono	Couple	Fam	Exemption *	Ind	Mono	Couple	Fam	Exemption	Retrait
<b>3.3 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I (obligatoire)</b> <b>a) Assurance vie de base de la personne adhérente</b> (1 fois le salaire annuel brut) <b>b) Assurance vie supplémentaire de la personne adhérente</b> (1, 2 ou 3 fois le salaire annuel brut) <b>(Voir note 7 au verso)</b> <b>c) Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge</b> <b>d) Assurance vie supplémentaire de la personne conjointe</b> (1 à 10 tranches de 10 000 \$) <b>(Voir note 7 au verso)</b> <b>e) Assurance salaire de longue durée</b>		Obligatoire <b>(voir note 5 au verso)</b>			Renonciation <b>(voir note 5 au verso)</b>			Obligatoire <b>(voir note 6 au verso)</b>			Retrait <b>(voir note 8 au verso)</b>	
		_____ fois (indiquez le nombre de fois le salaire annuel brut désiré)			_____ fois (indiquez le nombre de fois le salaire annuel brut désiré)			_____ fois (indiquez le nombre de fois le salaire annuel brut désiré)				
		Obligatoire <b>(voir note 6 au verso)</b>			Obligatoire <b>(voir note 6 au verso)</b>			Obligatoire <b>(voir note 6 au verso)</b>				
		_____ tranche(s) de 10 000 \$ (indiquez le nombre de tranches désiré)			_____ tranche(s) de 10 000 \$ (indiquez le nombre de tranches désiré)			_____ tranche(s) de 10 000 \$ (indiquez le nombre de tranches désiré)				
		Obligatoire			Retrait <b>(voir note 8 au verso)</b>							
<b>ÉVÉNEMENT</b> justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement (Pour les points 2 à 8) (Pour la cohabitation, indiquer la date de <b>DÉBUT</b> ) A M J												
1. COHABITATION <input type="checkbox"/> (Vie maritale) 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? Si oui, date de naissance de l'enfant A M J												
2. MARIAGE OU UNION CIVILE <input type="checkbox"/>												
3. ADOPTION <input type="checkbox"/>												
4. NAISSANCE <input type="checkbox"/>												
5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT <input type="checkbox"/>												
6. SÉPARATION <input type="checkbox"/>												
7. DIVORCE <input type="checkbox"/>												
8. CESSATION DE L'ASSURANCE DE LA PERSONNE CONJOINTE <input type="checkbox"/>												
4 BÉNÉFICIAIRE												
Nom(s) du(des) bénéficiaire(s) :												
Je désigne comme bénéficiaire (au décès) :												
Conjoint(e) légal(e) (1) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait (7) <input type="checkbox"/> Fils-filles (2) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) légal(e) et fils - filles (6) <input type="checkbox"/> Père-mère (3) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait et fils - filles (8) <input type="checkbox"/> Frères-Sœurs (4) <input type="checkbox"/>												
Le bénéficiaire est révocable* <input type="checkbox"/> (peut être changé en tout temps)												
Le bénéficiaire est irrévocable* <input type="checkbox"/> (ne peut être changé sauf avec le consentement écrit du bénéficiaire nommé irrévocable)												
OU												
La somme assurée sera payable à la succession de la personne adhérente <input type="checkbox"/>												
* Au Québec, en l'absence de choix à cette question, la désignation du conjoint <b>légal</b> est irrévocable et la désignation de tout autre bénéficiaire est révocable.												

5 EMPLOYEUR				
5.1 NOM DE L'ORGANISME			5.2 N° D'ÉTABLISSEMENT	5.3 N° DE GROUPE <b>X</b>
5.4 N° D'EMPLOYÉ	5.5 Date d'emploi A M J	5.6 Date d'admissibilité A M J	5.7 Reçu de l'employé A M J	5.8 STATUT D'ENGAGEMENT ET DÉLAI D'ADMISSIBILITÉ
				• personne salariée dans un emploi permanent travaillant à 70% ou plus du temps plein (1 mois) 5.8.1 <input type="checkbox"/>
				• personne salariée engagée dans une catégorie autre que la précédente (3 mois) 5.8.2 <input type="checkbox"/>
				• pourcentage du temps travaillé 5.8.3 _____ %
5.9 EST-CE QUE LA PERSONNE ADHÉRENTE EST PRÉSENTEMENT ABSENTE DU TRAVAIL?				
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, raison _____				
5.9.1 Date du début de l'absence A M J				
La personne adhérente en congé sans rémunération de plus de 28 jours choisit de :				
5.9.2 <input type="checkbox"/> maintenir sa participation à l'ensemble des régimes auxquels elle participe				
5.9.3 <input type="checkbox"/> maintenir uniquement sa participation au régime maladie auquel elle participe				
5.9.4 <input type="checkbox"/> maintenir uniquement sa participation au régime maladie de base				
5.10 RÉVISION DU POURCENTAGE DU TEMPS TRAVAILLÉ				
Le pourcentage de temps travaillé de cette personne a <b>diminué</b> à 25% ou moins du temps complet au cours de la période de référence. Elle choisit de :				
5.10.1 <input type="checkbox"/> maintenir sa participation à l'ensemble des régimes auxquels elle participe (et doit participer aux garanties prévues à la convention collective)				
5.10.2 <input type="checkbox"/> maintenir uniquement sa participation au régime maladie auquel elle participe				
5.10.3 <input type="checkbox"/> participer uniquement au régime maladie de base				
5.11 SALAIRE ANNUEL SELON LA CONVENTION COLLECTIVE (comme si 100% du temps plein) _____ \$ / année				
5.12 JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS SONT EXACTS ET COMPLETS.				
A M J				
Nom du représentant de l'employeur (lettres mouluées) _____				
N° tél. ( ) _____ Poste _____				
Signature du représentant de l'employeur _____				
5.13 EXEMPTION (Voir note 3 au verso)				
		Régime d'assurance maladie	Régime d'assurance soins dentaires	
5.13.1 <input type="checkbox"/> Début d'exemption _____	5.13.2 <input type="checkbox"/>	5.13.3 <input type="checkbox"/>		
5.13.4 <input type="checkbox"/> Fin d'exemption _____	5.13.5 <input type="checkbox"/>	5.13.6 <input type="checkbox"/> Fournir la preuve de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption.		
5.14 REMARQUES				
6 DÉCLARATION DE PERSONNE NON-FUMEUSE - pour l'assurance vie supplémentaire				
«Je soussigné(e), déclare être une personne non-fumeuse et n'avoir fumé aucun produit de tabac tel que cigarette, cigare ou pipe, ni aucune drogue au cours des douze (12) derniers mois. Il est entendu que Beneva 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 primes qui s'y rattache à compter de la date de la demande de Beneva. Je reconnais également que toute fausse déclaration ou réticence peut entraîner la nullité de la protection.»				
Pour vous-même		Pour votre personne conjointe		
6.1 Date : A M J	6.3 Date : A M J			
6.2 Signature : _____		6.4 Signature : _____		
7 SIGNATURE				
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 à déduire de mon salaire les primes requises en vertu des régimes que j'ai choisis.				
7.1 Date : A M J		7.2 Signature de la personne adhérente : _____		

## CHOIX DE PROTECTION

### Note 1

La nouvelle personne salariée admissible travaillant 25 % ou moins du temps complet doit choisir entre participer uniquement au Régime d'assurance maladie ou participer à l'ensemble des régimes à la condition de participer aux garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de courte durée prévues à la convention collective sous réserve de ce qui est prévu au droit d'exemption.

La personne retraitée qui est réembauchée n'est pas admissible au régime d'assurance collective de l'APTS.

### Note 2

Vous devez choisir un statut de protection (individuel, monoparental, couple, familial ou exempté) pour le Régime d'assurance maladie et s'il y a lieu pour le Régime d'assurance soins dentaires.

Les statuts de protection **possibles** sont définis dans le tableau suivant :

Régime	Combinaisons								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Assurance maladie	I	M	M	C	C	F	F	F	F
Assurance soins dentaires	I	M	I	C	I	F	C	M	I

La personne adhérente qui obtient une exemption de participation au régime d'assurance maladie peut s'assurer selon le statut de protection individuel, monoparental, couple ou familial pour le régime d'assurance soins dentaires.

### Note 3

#### Début d'exemption

En vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments du Québec*, sous réserve du droit d'exemption, la participation au Régime d'assurance maladie est obligatoire, car la garantie médicaments est prévue à ce régime. Ainsi, vous pouvez refuser ou cesser de participer au Régime d'assurance maladie à la condition que vous démontriez à votre employeur que vous et vos personnes à charge, s'il y a lieu, êtes assurés en vertu d'un autre régime d'assurance collective comportant une garantie d'assurance médicaments.

Concernant le Régime d'assurance soins dentaires, la personne adhérente peut se prévaloir du droit d'exemption à la condition de joindre la preuve qu'elle est couverte par une garantie similaire dans un autre régime.

#### Fin d'exemption

La personne adhérente qui est exemptée de participer au Régime d'assurance maladie ou au Régime d'assurance soins dentaires peut y adhérer plus tard, à la condition de démontrer de manière jugée satisfaisante par Beneva :

- qu'elle et ses personnes à charge, le cas échéant, étaient antérieurement assurées en vertu de l'assurance concernée ou de toute autre assurance collective similaire;
- qu'il est devenu impossible pour elle, et ses personnes à charge le cas échéant, de continuer à être assurées par le régime ayant permis l'exemption.

Une personne salariée qui n'a pas adhéré au régime de soins dentaires puisqu'elle était assurée par un autre régime pourra adhérer au régime de soins dentaires selon les modalités applicables lors d'une fin d'exemption si la demande est reçue dans les 30 jours suivant la fin de l'assurance ayant permis l'exemption. Si la demande de fin d'exemption est reçue plus de 30 jours après la date de fin de l'assurance ayant permis l'exemption, l'assurance entre en vigueur à la période de paie suivant la date à laquelle Beneva reçoit la demande.

### Note 4

La durée minimale de participation aux régimes maladie intermédiaire et maladie supérieur est de 24 mois et s'applique à compter de la date d'adhésion initiale au régime concerné.

L'adhésion au régime soins dentaires peut se faire en tout temps. Toutefois, la personne adhérente doit être apte au travail à cette date, sinon le nouveau régime entrera en vigueur à la période de paie qui suivra son retour effectif au travail. La durée minimale de participation au régime soins dentaires est de 48 mois et s'applique à compter de la date d'adhésion initiale au régime concerné.

Pour le régime d'assurance maladie, la personne adhérente aura la possibilité d'adhérer en tout temps, à un régime **plus généreux** sans avoir préalablement complété une période minimale de participation de 24 mois. Toutefois, elle doit être au travail ou apte au travail à cette date, sinon, le nouveau régime entrera en vigueur à la date de son retour effectif au travail.

Concernant les règles applicables à la prise d'effet des régimes et aux modifications de statut de protection, nous vous référons à votre brochure explicative.

### Note 5

La personne adhérente peut renoncer à l'assurance vie de base de la personne adhérente si elle est déjà protégée par une police **individuelle** d'assurance vie d'un montant minimal de 25 000 \$. Pour ce faire, elle doit remplir le formulaire « Demande de renonciation au régime d'assurance vie de base de la personne adhérente » (FV4726F) disponible au Service des ressources humaines de son établissement et joindre la preuve de sa couverture. Une personne adhérente qui renonce à l'assurance vie de base ne peut pas participer à l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente. La personne adhérente qui désire, par la suite, participer à l'assurance vie de base de la personne adhérente doit faire une demande écrite à Beneva et fournir les preuves d'assurabilité requises et acceptées par Beneva.

### Note 6

La participation à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge est obligatoire selon le même statut de protection que celui détenu au régime d'assurance maladie. Voici un résumé de la protection d'assurance vie qui est accordée selon le statut de protection détenu en assurance maladie:

Statut de protection en assurance maladie	Assurance vie des personnes à charge accordée
Individuel	Aucune
Monoparental	Assurance vie des enfants à charge
Couple	Assurance vie de la personne conjointe
Familial	Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge
Exemption	Aucune

### Note 7

Des preuves d'assurabilité sont toujours requises.

La personne adhérente qui renonce à l'assurance vie de base de la personne adhérente ne peut pas participer à l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente.

La personne adhérente peut en tout temps participer à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

Dans la colonne « Augmenter à » ou « Réduire à », le chiffre que vous inscrivez correspond à la protection que vous désirez et non au nombre d'unités que vous ajoutez ou retirez. À titre d'exemple, si vous possédez 3 fois votre salaire en assurance vie additionnelle de la personne adhérente et que vous indiquez « 2 » sur la ligne « Réduire à », nous retrancherons une unité de salaire de votre montant d'assurance vie additionnelle.

Si vous choisissez de participer à la vie additionnelle de la personne adhérente ou de la personne conjointe et que la personne à assurer est non-fumeuse, vous devez remplir la section **6-Déclaration de personne non-fumeuse**.

### Note 8

La personne adhérente doit remplir le formulaire « Droit de retrait à la garantie d'assurance salaire de longue durée » et répondre à certaines conditions.

# beneva

## Qui sommes-nous ?

Pour Beneva<sup>1</sup>, 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'inférer 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

[responsableprp@beneva.ca](mailto:responsableprp@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](https://www.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.

<sup>1</sup> Le terme « Beneva » signifie Beneva inc., ses sociétés affiliées, leurs mutuelles et ses réseaux de distribution. Les sociétés affiliées de Beneva inc. désignent, Services d'investissement Beneva inc., Société d'assurance Beneva inc., L'Unique assurances générales inc. et Unica assurances inc.