beneva

LA PERSONNE ADHÉRENTE DOIT REMPLIR LES SECTIONS 1-2-3-7 ET LES SECTIONS 4 ET 6 SI NÉCESSAIRE
L'EMPLOYEUR DOIT REMPLIR LA SECTION 5 — LA SECTION 8 EST RÉSERVÉE À BENEVA

S'EMPLOIE SANS CARBONE — ÉCRIRE FERMEMENT S.V.P.

C.P. 10500, succursale Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6

FSSS CSN

Remplir uniquement les sections pertinentes
(La section 1 est obligatoire) ◄ **DEMANDE D'ADHÉSION ○**
DEMANDE DE CHANGEMENT ○

1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

Nom	Prénom	N° d'assurance sociale

2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Adresse	Code postal	Communication	Sexe
		Fr. ○ Ang. ○	M ○ F ○

N° tél. à la résidence	N° tél. au travail	Courriel	Date de naissance
			A A A A M M J J

DÉSIGNATION DE LA PERSONNE CONJOINTE

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe
		A A A A M M J J	○ ○

3 GARANTIES

3.1 ASSURANCE SANTÉ (OBLIGATOIRE) Veuillez cocher une seule case selon la protection désirée. (Voir note 1 au verso)

	ADHÉSION				CHANGEMENT			
	Individuel	Monoparental	Familial	Exemption*	Individuel	Monoparental	Familial	Exemption*
Santé 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Santé 2	☐	☐	☐		☐	☐	☐	
Santé 3	☐	☐	☐		☐	☐	☐	

* La section 5.13 relative à l'exemption doit être remplie par l'employeur.

3.2 SOINS DENTAIRES (FACULTATIF) (Voir note 2 au verso)

	ADHÉSION			CHANGEMENT			
	Individuel	Monoparental	Familial	Individuel	Monoparental	Familial	Terminaison
	☑ Adhésion automatique ☐ Je renonce à cette protection	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.3 ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (OBLIGATOIRE)

ADHÉSION	CHANGEMENT
☑ ☐ Je désire participer à cette garantie (voir note 3 au verso)	☐ Je renonce à cette protection (Voir note 4 au verso)

3.4 ASSURANCE VIE (FACULTATIF) (Voir notes 5 et 6 au verso)

3.4.1 De base de la personne adhérente (1 fois le salaire annuel)	☑ Adhésion automatique ☐ Je renonce à cette protection	**Ajouter** ☐	**Terminer** ☐
3.4.2 Additionnelle de la personne adhérente (1 à 5 fois le salaire annuel)	_____ fois (Indiquez le nombre total de fois désiré)	**Augmenter à** _____ fois (Indiquez le nombre total de fois désiré)	**Réduire à** _____ fois (Indiquez le nombre total de fois désiré)
3.4.3 De la personne conjointe et des enfants à charge	☑ Adhésion automatique ☐ Je renonce à cette protection	**Ajouter** ☐	**Terminer** ☐
3.4.4 Additionnelle de la personne conjointe (1 à 10 unités de 10 000 $)	_____ unités (Indiquez le nombre total d'unités désiré)	**Augmenter à** _____ unités (Indiquez le nombre total d'unités désiré)	**Réduire à** _____ unités (Indiquez le nombre total d'unités désiré)

3.5 ÉVÉNEMENT justifiant la demande de changement. Indiquez la date de l'événement (Pour la cohabitation, indiquez la date de **début**) A A A A M M J J **(Pour les points 2 à 8)**

1. Cohabitation (Vie maritale) ☐
   → 1.1 Un enfant est-il issu de l'union?
   → Si oui, date de naissance de l'enfant A A A A M M J J
   → 1.2 Date de début de cohabitation A A A A M M J J
2. Mariage ou union civile ☐
3. Adoption ☐
4. Naissance ☐
5. Prise en charge de l'enfant ☐
6. Séparation ☐
7. Divorce ☐
8. Perte de l'assurance de la personne conjointe ☐
9. Fin d'admissibilité ou décès d'une personne à charge ☐

4 BÉNÉFICIAIRE

Je désigne comme bénéficiaire (au décès) :

Conjoint(e) légal(e) (1) ☐ Conjoint(e) de fait (7) ☐ Fils-filles (2) ☐ Conjoint(e) légal(e) et fils - filles (6) ☐ Mère-mère (3) ☐ Conjoint(e) de fait et fils - filles (8) ☐ Frères-Soeurs (4) ☐ ☐

Le bénéficiaire est révocable* ☐ (peut être changé en tout temps)
Le bénéficiaire est irrévocable* ☐ (ne peut être changé sauf avec le consentement écrit du bénéficiaire nommé irrévocable)

Nom(s) du(des) bénéficiaire(s) : _____

OU La somme assurée sera payable à la succession de l'adhérent ☐

* Au Québec, en l'absence de choix à cette question, la désignation du conjoint **légal** est irrévocable et la désignation de tout autre bénéficiaire est révocable.

Dans le présent document, Beneva désigne Beneva inc.

5 EMPLOYEUR

5.1 Nom de l'organisme	5.2 N° d'établissement	5.3 N° de groupe A ou T

5.4 (N° d'employé)	5.5 Date d'emploi	5.6 Date d'admissibilité	5.7 Reçu de l'employé
	A M J	A M J	A M J

5.8 STATUT D'ENGAGEMENT ET DÉLAI D'ADMISSIBILITÉ

- 5.8.1 personne salariée embauchée à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet dans un poste (1 mois) ☐
- 5.8.2 personne salariée embauchée dans une catégorie d'emploi autre que la précédente (3 mois) sauf pour l'option Santé 1 (1 mois) ☐

5.9 ABSENCE DU TRAVAIL?

5.9.1 Est-ce que la personne adhérente est présentement absente du travail?

☐ 5.9.2 Non ☐ 5.9.3 Oui Si oui, raison _____

5.9.4 Date du début de l'absence A M J

La personne adhérente:

☐ 5.9.5 a maintenu sa participation ☐ 9.6 a suspendu sa participation (sauf l'option 1 en assurance santé)

5.10 POURCENTAGE DE TEMPS TRAVAILLÉ

Cette personne adhérente a travaillé 25 % ou moins du temps complet au cours de la période de référence et a décidé de :

5.10.1 ☐ participer ou maintenir sa participation à l'assurance. } **(Voir note 7 au verso)**
5.10.2 ☐ cesser de participer à l'assurance.
5.10.3 ☐ ne pas participer à l'assurance. } **(Voir note 7 au verso)**

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 moulées)

N° tél. _____ Poste _____ _____ Signature du représentant de l'employeur

5.13 EXEMPTION

☐ 5.13.1 Début d'exemption ▶ 5.13.2 Date de début d'exemption A M J ▶ conservez la preuve de l'existence de l'assurance permettant l'exemption.

☐ 5.13.3 Fin d'exemption ▶ 5.13.4 Date de la fin d'exemption A M J ▶ conservez la preuve de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption.

5.14 REMARQUES

_____

6 DÉCLARATION DE PERSONNE NON-FUMEUSE

«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 de la personne adhérente :	6.4 Signature de la personne conjointe :

7 AUTORISATIONS ET 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 _____

8 SECTION BENEVA

N° groupe	N° certificat	En vigueur A M J	Classe	Adhérent sélection Non ☐ Oui ☐

	MAL.	FRAIS DENT.	I.H.	R.I.P.	VIE	M.M.A.	VIE P.À.C.	M.M.A. P.À.C.	VIE CONJOINT	M.M.A. CONJOINT	VIE ENFANTS	M.M.A. ENFANTS	RENTES SURV.		
BASE															
ADD.															

Adhérent(e) fumeur(se) Oui ☐ Non ☐
Conjoint(e) fumeur(se) Oui ☐ Non ☐

Codifié par _____ A M J

Code certificat

FV879F (2024-07)

CHOIX DE PROTECTION ET STATUT D'ENGAGEMENT

Note 1

Vous devez choisir un statut de protection (individuel, monoparental ou familial) ainsi qu'un niveau de protection (Santé 1, Santé 2 ou Santé 3).

Vous pouvez changer votre niveau de protection dans les 30 jours suivants l'un des événements prévus à la section 3.5 du présent formulaire, sans égard à la durée de votre participation. En l'absence d'événement, vous devez conserver le même niveau de protection pendant au moins 36 mois avant de pouvoir le diminuer.

Si vous faites votre demande dans les 30 jours suivant la date de l'événement, le changement entre en vigueur à la date de l'événement. Vous pouvez profiter de cette situation pour modifier votre statut de protection, votre niveau de protection ou celui de vos personnes à charge à la hausse ou à la baisse.

Si vous faites votre demande plus de 30 jours après la date de l'événement, ou en l'absence d'événement, le changement à la hausse entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date où votre employeur reçoit la demande. Toutefois, pour une modification à la baisse, vous et vos personnes à charge devez conserver le même niveau de protection pendant au moins 36 mois avant de pouvoir le diminuer.

Pour plus de détails, consultez la section « Entrée en vigueur de l'assurance » de votre brochure.

Note 2

Le statut de protection individuel en soins dentaires est accordé par défaut, à moins d'y renoncer ou de choisir un statut de protection différent. La durée minimale de participation à cette garantie est de 36 mois consécutifs et cette période est comptabilisée à partir du 31 mars 2019 ou de la date initiale de la protection de la personne adhérente. À noter que la durée de participation aux options Santé 2 et Santé 3, dans lesquels la protection de soins dentaires était incluse avant le 31 mars 2019, ne peut être comptabilisée.

Note 3

La participation à cette garantie peut être facultative pour toute personne salariée admissible à un groupe privé dans lequel le vote de l'unité d'accréditation a été favorable à une telle protection.

Note 4

Vous pouvez renoncer à la garantie d'assurance salaire de longue durée si celle-ci est obligatoire dans le mesure où vous répondez à l'une ou l'autre des conditions prévues pour cette garantie. À cet effet, vous devez compléter le formulaire **Droit de renonciation à la garantie obligatoire d'assurance salaire de longue durée** disponible auprès de votre employeur et consultez la section « Participation à l'assurance » de votre brochure pour plus de détails.

Note 5

Vous devez participer aux garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de courte durée (104 semaines) prévus à la convention collective pour avoir accès aux garanties Santé 2 ou 3, aux garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de longue durée.

Note 6

Assurance vie de base

L'adhésion à la garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente et à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge est automatique. Toutefois, vous avez le droit d'y renoncer à la date d'admissibilité à l'assurance. En cas de renonciation, l'adhésion à ces garanties devient facultative et des preuves d'assurabilité seront exigées si vous présentez une demande d'adhésion plus de 30 jours après la date à laquelle vous êtes devenu(e) admissible.

Assurance vie additionnelle

Dans la colonne « Augmenter à » ou « Réduire à », 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 une protection représentant 3 fois votre salaire en assurance vie additionnelle et que vous indiquez « 2 » dans la case « Réduire à » , nous retrancherons 1 unité de salaire de votre montant d'assurance vie additionnelle. Cette procédure est la même pour le montant d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe. Des preuves d'assurabilité sont toujours requises lors d'une demande d'assurance vie additionnelle.

Note 7

Pour connaître les dispositions particulières qui s'appliquent à la personne adhérente travaillant 25 % ou moins du temps complet, consultez l'annexe 1 de votre brochure.

Note 8

En vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, la participation minimale à l'option santé 1 est obligatoire (sous réserve du droit d'exemption) puisque cette option prévoit le remboursement de médicaments. Consultez la section « Participation à l'assurance » de votre brochure pour en savoir davantage sur le droit d'exemption.

Avis concernant la protection de vos renseignements personnels

Pour Beneva[1], 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

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 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.

Beneva inc.
2525, boulevard Laurier, Québec (Québec) G1V 2L2
DOM-S0064F (2024-04)