



**Assurance
individuelle**

Remise en vigueur

Version : Juillet 2023

Beneva inc.
1225, rue Saint-Charles Ouest, Bureau 200
Longueuil (Québec) J4K 0B9

Instructions au conseillers

Veillez remplir ce formulaire pour demander une remise en vigueur. Des frais de 25 \$ sont applicables pour la remise en vigueur d'un contrat d'assurance vie universelle.

Si le contrat comporte plus de deux assurés, veuillez remplir un second formulaire.

S'il y a plusieurs propriétaires au contrat, CHACUN d'entre eux doit signer à la section N de ce formulaire.

Pour effectuer une modification de contrat ou une remise en vigueur sur des produits d'assurance accident/maladie, veuillez remplir le formulaire approprié, soit le formulaire de modification de contrat Horizon Santé (FIND0040F) et / ou le formulaire de modification de contrat AcciGarde (FIND0039F).

A – Informations générales

A1 – Personne à assurer

- Lorsque l'assuré et le propriétaire sont la même personne, l'assuré doit être un résident canadien.

Assuré 1		Assuré 2	
Prénom et nom (en caractères d'imprimerie)		Prénom et nom (en caractères d'imprimerie)	
Adresse (N° civique, rue)		Adresse (N° civique, rue)	
Ville	Province	Ville	Province
Code postal	Téléphone	Code postal	Téléphone

A2 – Renseignements sur l'emploi

Assuré 1		Assuré 2	
Profession ou occupation détaillée et nombre d'années de service (employeur actuel; si retraité, inscrire la dernière profession avec le domaine d'activité)		Profession ou occupation détaillée et nombre d'années de service (employeur actuel, si retraité; inscrire la dernière profession avec le domaine d'activité)	
Fonctions de l'emploi		Fonctions de l'emploi	
Nature de l'entreprise de l'employeur		Nature de l'entreprise de l'employeur	
Revenu annuel brut \$	Valeur nette des actifs \$	Revenu annuel brut \$	Valeur nette des actifs \$
Autre revenu \$ →	Précisez la source	Autre revenu \$ →	Précisez la source
Nom de l'employeur		Nom de l'employeur	
Numéro civique et nom de la rue	Numéro de bureau	Numéro civique et nom de la rue	Numéro de bureau
Ville	Code postal	Ville	Code postal
Province		Province	
Téléphone (travail)		Téléphone (travail)	

A3 – Propriétaire(s)

- Le propriétaire du contrat doit être un résident canadien. Lorsque l'adresse du propriétaire 2 est différente du propriétaire 1, nous considérons que l'adresse postale correspond à celle du propriétaire 1.

Propriétaire (à remplir s'il y a un changement d'adresse)	Propriétaire (à remplir s'il y a un changement d'adresse)
Prénom et nom (en caractères d'imprimerie)	<input type="checkbox"/> Même adresse que pour Propriétaire 1 Prénom et nom (en caractères d'imprimerie)
Adresse (N° civique, rue)	Adresse (N° civique, rue)
Ville	Ville
Province	Province
Code postal	Code postal
Téléphone	Téléphone

B – Assurance en vigueur (la Section B doit être complétée en tout temps)

Si vous manquez d'espace dans le tableau suivant, utilisez la section F.

1. Déterminez-vous de l'assurance individuelle en vigueur? **Assuré 1 :** NON OUI → Dans l'affirmative, fournir les renseignements ci-dessous.
Assuré 2 : NON OUI → Dans l'affirmative, fournir les renseignements ci-dessous.

Assuré N°	Nom de la compagnie	Montant	Type (vie, invalidité, maladies graves)	Année	Remplace l'assurance en vigueur?		But de l'assurance	
					Oui	Non	Personnel	Affaires
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Assuré 1		Assuré 2	
					Oui	Non	Oui	Non
2. Avez-vous actuellement une ou plusieurs demandes d'assurance à l'étude auprès d'un autre assureur? Dans l'affirmative, fournir le nom de la compagnie, le montant total d'assurance qui sera mis en vigueur et le type d'assurance. _____					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Au cours des dix (10) dernières années, avez-vous une demande d'assurance (Vie, maladies graves ou invalidité) ou une demande de remise en vigueur qui a été refusée ou différée? Dans l'affirmative, fournir le type d'assurance, la date et la raison. _____					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Si assurance pour enfant :								
a) indiquer le montant total d'assurance vie en vigueur sur la tête du (des) parent(s) :					_____ \$			
b) indiquer le montant total d'assurance maladies graves en vigueur sur la tête du (des) parent(s) :					_____ \$			
c) préciser s'il y a d'autres enfants et si oui, indiquer :								
- le montant d'assurance vie en vigueur ou à l'étude pour chacun d'entre eux :					_____ \$			
- le montant d'assurance maladies graves en vigueur ou à l'étude pour chacun d'entre eux :					_____ \$			

C – But de l'assurance

C1 – Assurance personnelle

- Protection du revenu/prêts Protection de la succession Dons de charité

C2 – Assurance commerciale

1. But de l'assurance

- Achat/vente Garantie d'emprunt (précisez le montant : _____ \$) Planification successorale Protection personne-clé
 Autre (précisez au n° 5)

2. Depuis combien d'années l'entreprise existe-t-elle? _____

3. Informations financières de l'entreprise des deux (2) dernières années :

Année :	<input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	Année :	<input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>
Actif :	_____ \$	Actif :	_____ \$
Passif :	_____ \$	Passif :	_____ \$
Avoir des actionnaires :	_____ \$	Avoir des actionnaires :	_____ \$
Bénéfice net :	_____ \$	Bénéfice net :	_____ \$
Juste valeur marchande :	_____ \$	Juste valeur marchande :	_____ \$

C2 – Assurance commerciale (suite)

4. Êtes-vous propriétaire unique? Oui Non Si non, veuillez remplir le tableau pour chaque actionnaire.

Indiquer le nom, le pourcentage (%) des parts ainsi que le montant d'assurance en vigueur et en suspens pour chaque actionnaire dans l'entreprise.

Nom	% des parts	Assurance en vigueur (affaires)	Assurance en suspens (affaires)
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

4.1 Si les actionnaires ne sont pas assurés pour le même montant, fournir les raisons :

5. Remarques additionnelles

D – Antécédents personnels

Cette section doit être remplie en tout temps pour chaque assuré.

- Si le paramédical est une exigence selon l'âge et le montant, ne pas compléter la Section D.

Fournir les détails des réponses affirmatives. S'il manque d'espace, continuer à la Section F.	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
1. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous fait usage de tabac ou de tout produit contenant de la nicotine tel que gros cigares, cigarillos, cigarettes, marijuana/cannabis avec tabac, cigarettes électroniques, produits de vapotage, pipe, tabac à chiquer, timbres ou gomme à la nicotine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau suivant :

Assuré	Forme	Quantité	Date dernier usage
		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année	A A A A M M
		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année	A A A A M M
		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année	A A A A M M
		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année	A A A A M M

D – Antécédents personnels (suite)

Fournir les détails des réponses affirmatives. S'il manque d'espace, continuer à la Section F.	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
2. a) Faites-vous usage de boissons alcoolisées (1 consommation = 1 bière (341 ml ou 12 onces), spiritueux (45 ml ou 1,5 onces) et 1 verre de vin (150 ml ou 5 onces)? Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau suivant :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assuré	Type	Nombre de consommations	Fréquence
	<input type="checkbox"/> Bière <input type="checkbox"/> Vin <input type="checkbox"/> Spiritueux		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année
	<input type="checkbox"/> Bière <input type="checkbox"/> Vin <input type="checkbox"/> Spiritueux		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année
	<input type="checkbox"/> Bière <input type="checkbox"/> Vin <input type="checkbox"/> Spiritueux		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année
	<input type="checkbox"/> Bière <input type="checkbox"/> Vin <input type="checkbox"/> Spiritueux		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année

	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
b) En avez-vous déjà fait un plus grand usage dans le passé? Dans l'affirmative, donner le type, le nombre de consommation, la fréquence ainsi que la raison et la date du changement d'habitude. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. a) Faites-vous usage de produits de cannabis à des fins récréatives ou médicinales? Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau suivant et inclure toutes formes de cannabis, marijuana et haschisch :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assuré	Forme	Quantité par occasion	Fréquence	Date d'usage	Type d'usage
	Joint	Nombre de joints : _____	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année	du <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Récréatif <input type="checkbox"/> Médicinal*
	<input type="checkbox"/> Produit comestible <input type="checkbox"/> Huile <input type="checkbox"/> Autre		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année	du <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Récréatif <input type="checkbox"/> Médicinal*
	Joint	Nombre de joints : _____	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année	du <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Récréatif <input type="checkbox"/> Médicinal*
	<input type="checkbox"/> Produit comestible <input type="checkbox"/> Huile <input type="checkbox"/> Autre		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année	du <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Récréatif <input type="checkbox"/> Médicinal*

*Si l'usage est à des fins médicinales, veuillez remplir le tableau suivant :

Assuré	Pour quelle condition	Prescrit	Médecin prescripteur (nom et coordonnées)
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
b) En avez-vous déjà fait un plus grand usage dans les deux (2) dernières années? Dans l'affirmative, donner la forme, la quantité, la fréquence, le type d'usage ainsi que la raison et date du changement d'habitude. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D – Antécédents personnels (suite)

Fournir les détails des réponses affirmatives. S'il manque d'espace, continuer à la Section F.	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
4. Au cours des dix (10) dernières années, avez-vous fait usage de drogues ou de narcotiques non prescrits par un médecin (ex.: cocaïne, ecstasy, LSD, champignons magiques, héroïne, fentanyl ou stéroïdes anabolisants, etc.)? Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau suivant :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assuré	Type de drogues ou de narcotiques	Quantité par occasion	Fréquence	Date d'usage
			<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année	du A A A A M M J J au A A A A M M J J
			<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année	du A A A A M M J J au A A A A M M J J
			<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année	du A A A A M M J J au A A A A M M J J
			<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année	du A A A A M M J J au A A A A M M J J

	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
5. En lien avec votre consommation d'alcool, de cannabis ou d'autres drogues, avez-vous déjà été avisé de diminuer ou de cesser votre consommation, consulté un professionnel, suivi une thérapie ou un traitement ou assisté à des rencontres de groupe de soutien? Dans l'affirmative, remplir le questionnaire approprié (usage de drogue ou d'alcool).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous été reconnu coupable de deux (2) infractions ou plus au code de la route? Dans l'affirmative, donner les dates, types d'infraction et km/h au-dessus de la limite permise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Au cours des dix (10) dernières années : a) Avez-vous été accusé ou reconnu coupable de conduite avec facultés affaiblies ou votre permis de conduire a-t-il été suspendu? Dans l'affirmative, fournir la raison, date de l'infraction et date de récupération de permis. b) Avez-vous été accusé ou été reconnu coupable d'une infraction criminelle ou de transactions frauduleuses? Dans l'affirmative, fournir les motifs, la date, le(les) chef(s) d'accusation(s), la sentence (date de début et fin de probation s'il y a lieu).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous déclaré une faillite personnelle ou commerciale ou avez-vous fait une proposition de consommateur? Dans l'affirmative, donner les détails suivants : <input type="checkbox"/> Faillite personnelle Montant : _____ \$ <input type="checkbox"/> Faillite professionnelle/commerciale Montant : _____ \$ <input type="checkbox"/> Proposition de consommateur Date de déclaration/proposition : A A A A M M J J Date de libération : A A A A M M J J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Au cours des douze (12) derniers mois avez-vous effectué des envolées aériennes autrement que comme passager ou en avez-vous l'intention dans les douze (12) prochains mois? Dans l'affirmative, préciser à quel titre et remplir le questionnaire relatif à l'aviation sauf si agent de bord.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous pratiqué des activités telles que : course de véhicule motorisé, plongée sous-marine, parachutisme, ultraléger, deltaplane, alpinisme ou escalade, bungee, ski hors-piste (heliski, catski, etc.), sports de combat ou autre sport dangereux ou en avez-vous l'intention dans les douze (12) prochains mois? Dans l'affirmative, préciser l'activité et remplir le questionnaire approprié.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous voyagé ou résidé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis ou en avez-vous l'intention au cours des 12 prochains mois? Dans l'affirmative, préciser les dates de départ et de retour, la destination (pays, ville) et la raison.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E – Antécédents médicaux (ne pas fournir de renseignements concernant tout test génétique fait ou à faire)

- SI LE PARAMÉDICAL EST UNE EXIGENCE SELON L'ÂGE ET LE MONTANT, NE PAS COMPLÉTER LA SECTION E.

Assuré 1

1. a) Taille _____ PI M
Poids _____ LB KG

b) Perte de poids de plus de 10lbs (4,5kg) dans les douze (12) derniers mois? Oui Non

Si oui, combien : _____ Raison : _____

c) Date et raison de la dernière consultation : _____

d) Nom et adresse du médecin ou de la clinique que vous avez consulté(e) : _____

e) Traitements/examens subis et/ou médication prescrite : _____

f) Résultats : _____

g) Référé à un autre professionnel de la santé? Dans l'affirmative, préciser : _____

h) Suivi ou examens futurs recommandés? Dans l'affirmative, préciser : _____

i) Nom et adresse du médecin ou de la clinique qui détient votre dossier médical s'il est différent de celui mentionné ci-haut. Aucun.

Assuré 2

1. a) Taille _____ PI M
Poids _____ LB KG

b) Perte de poids de plus de 10lbs (4,5kg) dans les douze (12) derniers mois? Oui Non

Si oui, combien : _____ Raison : _____

c) Date et raison de la dernière consultation : _____

d) Nom et adresse du médecin ou de la clinique que vous avez consulté(e) : _____

e) Traitements/examens subis et/ou médication prescrite : _____

f) Résultats : _____

g) Référé à un autre professionnel de la santé? Dans l'affirmative, préciser : _____

h) Suivi ou examens futurs recommandés? Dans l'affirmative, préciser : _____

i) Nom et adresse du médecin ou de la clinique qui détient votre dossier médical s'il est différent de celui mentionné ci-haut. Aucun.

Pour femmes seulement :	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
2. a) Êtes-vous présentement enceinte? Dans l'affirmative, préciser le nombre de semaines de grossesse et le poids avant grossesse. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous ou avez-vous déjà eu des complications durant la grossesse ou lors d'un accouchement (ex. : diabète de grossesse, césarienne, prééclampsie, grossesse ectopique, travail prématuré, fausse-couche etc.)? Dans l'affirmative, veuillez préciser les complications et les dates. _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E – Antécédents médicaux (suite) (ne pas fournir de renseignements concernant tout test génétique fait ou à faire)

Pour chaque réponse affirmative à la question 3, souligner les conditions et fournir les détails à la Section F. Veuillez préciser les dates, diagnostic, les examens, les résultats, les consultations, les médicaments et les traitements ainsi que les coordonnées des médecins et hôpitaux consultés.	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
3. Avez-vous déjà consulté, été traité ou présenté des signes ou des symptômes pour l'une ou l'autre des conditions suivantes ?				
a) Système cardiovasculaire : hypertension artérielle, taux de cholestérol élevé, souffle cardiaque, anévrisme, douleur à la poitrine, crise cardiaque (infarctus), angine, palpitations, accident ischémique transitoire (ICT), accident vasculaire cérébral (AVC), tout autre trouble du cœur, des vaisseaux sanguins ou de la circulation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Système respiratoire : asthme, bronchite chronique, emphysème, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), fibrose kystique, apnée du sommeil, sarcoïdose, crachement de sang, essoufflement ou tout autre trouble respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Système digestif : maladie de Crohn, colite ulcéreuse, maladie cœliaque, polype, hépatite (incluant les porteurs d'hépatite), cirrhose, pancréatite, saignements, ulcères ou tout autre trouble de l'œsophage, de l'estomac, du foie, du pancréas ou des intestins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Système génito-urinaire : anomalies dans l'urine, troubles des reins, troubles des voies urinaires, de la vessie, de la prostate, des organes génitaux y compris les infections transmises sexuellement ou des anomalies à un Pap test ou à un test de dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Système endocrinien : diabète, anomalie de la glycémie, trouble de la thyroïde, de l'hypophyse, des glandes surrénales ou tout autre trouble glandulaire ou hormonal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Système musculosquelettique :				
1) Douleurs ou troubles du dos ou du cou ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Arthrite, dystrophie musculaire, fibromyalgie, douleurs, maladies ou troubles des muscles, des os, des ligaments ou des articulations telles que épaules, coudes, poignets, mains, hanches, genoux, chevilles, pieds, etc. ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Système neurologique : paralysie cérébrale, perte de conscience, perte d'équilibre ou étourdissements, paralysie, commotion cérébrale, migraines, épilepsie/convulsions, engourdissements, tremblements, faiblesse des extrémités, perte de sensation, vue embrouillée, névrite optique, sclérose en plaques, chorée de Huntington, sclérose latérale amyotrophique (SLA), maladie de Parkinson, perte de mémoire, maladie d'Alzheimer, maladie dégénérative ou tout autre trouble cognitif ou toute autre affection touchant le cerveau, la moëlle épinière ou les nerfs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Troubles de santé mentale, du comportement ou du développement : dépression, anxiété, trouble de panique, épuisement professionnel, insomnie, maladie bipolaire, psychose, tentative de suicide, trouble alimentaire, trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/TDAH), trouble du spectre de l'autisme, déficience intellectuelle, Syndrome de Down ou tout autre trouble du développement, du comportement ou de santé mentale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Système immunitaire : syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), test positif de dépistage du VIH, lupus, sclérodermie, toute infection ou gonflement des ganglions inexplicé ou toute autre anomalie du système immunitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Cancer ou tumeur : leucémie, cancer, tumeur, kyste, nodule, polype, masse ou excroissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Troubles des seins : masse, bosse, kyste ou tout autre trouble des seins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Troubles des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge : cécité totale ou partielle, dégénérescence maculaire, glaucome, surdité partielle ou totale, acouphène, maladie de Ménière, labyrinthite ou tout autre trouble des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge (exclure amygdalectomie, adénoïdectomie, presbytie et myopie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Autres affections : maladie ou lésion anormale de la peau, trouble sanguin tel qu'anémie persistante, trouble de la coagulation ou tout autre maladie ou désordre physique ou mental non mentionné ci-dessus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Au cours des cinq (5) dernières années : à l'exception de ce que vous avez mentionnés précédemment dans cette proposition :				
a) Avez-vous séjourné plus de 24 heures dans un hôpital, une clinique, une maison de thérapie, un centre de convalescence ou tout autre établissement de santé (ne pas inclure les accouchements) ? Dans l'affirmative, préciser les dates, les endroits, les raisons et les résultats.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous passé : un bilan sanguin, un électrocardiogramme au repos ou à l'effort, un échocardiogramme, une coloscopie, une radiographie (rayon X), une mammographie, une échographie, une tomographie (CT scan), une imagerie par résonance magnétique (IRM), une biopsie ou tout autre test à des fins diagnostiques ? Dans l'affirmative, préciser le test, les dates, les raisons et les résultats.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avez-vous été absent du travail ou cessé de vaquer à vos occupations régulières pendant plus d'une semaine à la suite d'un accident ou d'une maladie. Dans l'affirmative, préciser les dates, les raisons et la durée ainsi que les séquelles ou limitations s'il y a lieu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E – Antécédents médicaux (suite) (ne pas fournir de renseignements concernant tout test génétique fait ou à faire)

	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
d) Avez-vous consulté un chiropraticien, un physiothérapeute, un ergothérapeute, un ostéopathe, un acupuncteur, un podiatre, un audiologiste, un psychologue ou tout autre professionnel de la santé ? Dans l'affirmative, remplir le tableau ci-dessous :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom de l'assuré	Professionnel consulté	Raison/ diagnostic	Date de la première consultation	Date de la dernière consultation	Nombre de consultation par année	Date des derniers symptômes

Fournir les détails des réponses affirmatives. S'il manque d'espace, continuer à la Section F.	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
5. Prenez-vous actuellement des médicaments ou en avez-vous pris pour une période de plus de 21 jours consécutifs au cours des douze (12) derniers mois (autres que ceux mentionnés précédemment dans cette proposition)? Dans l'affirmative, préciser le nom, la posologie, la raison ainsi que la date de début et la date de fin du traitement s'il y a lieu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vous a-t-on recommandé de suivre un traitement, de subir une chirurgie, de passer des examens ou tests diagnostiques qui n'ont pas encore été effectués ou pour lesquels vous êtes en attente des résultats ? Dans l'affirmative, fournir des détails.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Présentez-vous des symptômes, des signes ou malaises pour lesquels vous n'avez pas encore consulté ? Dans l'affirmative, fournir des détails.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Antécédents familiaux :				
a) Est-ce que votre père, votre mère, vos frères ou sœurs (vivant ou décédé) ont reçu un diagnostic d'une ou des conditions suivantes : maladie polykystique des reins, chorée de Huntington, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou-Gehrig), sclérose en plaques, polypose adénomateuse familiale, dystrophie musculaire ou toute autre maladie héréditaire ? Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom de l'assuré	Lien de parenté	Condition	Âge au diagnostic	Âge actuel	Âge au décès	Cause du décès

	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
b) Est-ce que votre père, votre mère, vos frères ou sœurs (vivant ou décédé) ont reçu un diagnostic d'une ou des conditions suivantes avant l'âge de 60 ans ? maladie du cœur, accident vasculaire cérébral, cancer (précisez le type), diabète ? Ne pas déclarer les antécédents familiaux d'hypertension ou de cholestérol élevé. Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom de l'assuré	Lien de parenté	Condition	Âge au diagnostic	Âge actuel	Âge au décès	Cause du décès

G – Avenant Jeunesse Plus /Avenant Juvénile

Note concernant l'assurance vie et maladies graves pour enfants : les enfants sont assurés à partir de l'âge de quinze (15) jours pour l'assurance vie et trente (30) jours pour l'assurance maladies graves.

1. _____ A A A A M M J J M F
 a) Prénom et nom (en caractères d'imprimerie) b) Date de naissance c) Sexe
 _____ PI M _____ LB KG
 d) Lien de parenté avec le(s) propriétaire(s) e) Taille f) Poids
 _____ A A A A M M J J
 g) Nom du médecin traitant et/ou de l'hôpital h) Adresse i) Date de la dernière consultation

 j) Indiquer la raison, les résultats et les traitements recommandés s'il y a lieu.

2. _____ A A A A M M J J M F
 a) Prénom et nom (en caractères d'imprimerie) b) Date de naissance c) Sexe
 _____ PI M _____ LB KG
 d) Lien de parenté avec le(s) propriétaire(s) e) Taille f) Poids
 _____ A A A A M M J J
 g) Nom du médecin traitant et/ou de l'hôpital h) Adresse i) Date de la dernière consultation

 j) Indiquer la raison, les résultats et les traitements recommandés s'il y a lieu.

3. _____ A A A A M M J J M F
 a) Prénom et nom (en caractères d'imprimerie) b) Date de naissance c) Sexe
 _____ PI M _____ LB KG
 d) Lien de parenté avec le(s) propriétaire(s) e) Taille f) Poids
 _____ A A A A M M J J
 g) Nom du médecin traitant et/ou de l'hôpital h) Adresse i) Date de la dernière consultation

 j) Indiquer la raison, les résultats et les traitements recommandés s'il y a lieu.

	Oui	Non
4. L'un ou l'autre des enfants à être assurés :		
a) Est-il né prématurément (moins de 37 semaines de grossesse)? Répondre si l'enfant a moins de 6 ans. Dans l'affirmative, préciser le nom de l'enfant, le nombre de semaines de grossesse et le poids de l'enfant à la naissance. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) A-t-il déjà consulté, été traité ou présenté des signes ou des symptômes pour l'une ou l'autre des conditions suivantes : souffle cardiaque, maladie du cœur ou des vaisseaux sanguins, leucémie, cancer, tumeur, diabète, maladie des reins, fibrose kystique, dystrophie musculaire, syndrome de Down, déficience physique ou intellectuelle, trouble du développement ou du comportement incluant trouble du spectre de l'autisme ou tout autre trouble ou maladie d'ordre congénital? Dans l'affirmative, préciser le nom de l'enfant, la condition, la date du diagnostic, le traitement et les coordonnées du médecin traitant. _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert de toute autre maladie ou affection ayant nécessité une hospitalisation, une consultation auprès d'un spécialiste, ou la prise de médicaments pour plus de 21 jours consécutifs? Dans l'affirmative, préciser le nom de l'enfant, la condition, la date du diagnostic, le traitement et les coordonnées du médecin traitant. _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Présente-t-il des signes ou des symptômes pour lesquels il n'a pas encore consulté ou s'est-il fait recommander de consulter un spécialiste, de subir des examens, des tests diagnostiques, un traitement ou une chirurgie qui n'ont pas encore été effectués ou pour lesquels il est en attente de résultats? Dans l'affirmative, fournir le nom de l'enfant ainsi que les détails. _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non
e) A-t-il un membre de sa famille (père, mère, frère, sœur, vivant ou décédé) qui a reçu un diagnostic d'une ou des maladies suivantes : diabète, cancer, dystrophie musculaire, chorée de Huntington, maladie polykystique des reins ou toute autre maladie héréditaire ? Dans l'affirmative, précisez le nom de l'enfant, de qui il s'agit (lien de parenté), la condition (si cancer indiquer la localisation) et l'âge au diagnostic. _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Détient-il présentement un contrat d'assurance vie (VIE) ou d'assurance maladies graves (MG) ou a-t-il une proposition d'assurance à l'étude pour un de ces types d'assurance ? Dans l'affirmative, précisez le nom de l'enfant, le type d'assurance, capital assuré, nom de la compagnie, date d'émission ou indiquez « À l'étude si applicable ». _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) A-t-il déjà eu une demande d'assurance vie ou une demande d'assurance maladies graves, refusée, différée, supprimée ou acceptée avec quelque modification que ce soit ? Dans l'affirmative, précisez le nom de l'enfant, la date et la raison. _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H – Avenant en cas d'invalidité

Avenant en cas d'invalidité (Assurance vie temporaire seulement)

- Le montant de l'indemnité mensuelle demandé doit être déterminé selon l'analyse des besoins en fonction des prêts et mensualités admissibles. Le montant payable en cas d'invalidité totale au moment d'une réclamation pourrait s'avérer différent du montant demandé, tel qu'indiqué à la Section N (article 4).
- Certaines occupations ne sont pas admissibles. Veuillez consulter la *Liste des occupations non admissibles* (MIND0250) disponible dans la bibliothèque du logiciel d'illustrations. Il est à noter qu'un(e) conjoint(te) en congé parental doit avoir une occupation habituelle admissible selon nos critères afin d'être éligible au montant maximum de 1 000 \$.

	Assuré 1	Assuré 2
1. Conditions d'admissibilité		
a) Êtes-vous un(e) conjoint(e) au foyer ? Si oui, montant maximum de 1 000 \$ et durée de deux (2) ans. Note : admissible seulement si le/la conjoint(e) est couvert(e) sur le présent contrat.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) Êtes-vous un(e) conjoint(e) en congé parental ? Si oui, montant maximum de 1 000 \$ et durée de deux (2) ans. Note : admissible seulement si le/la conjoint(e) est couvert(e) sur le présent contrat.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) Travaillez-vous présentement au moins 21 heures par semaine ? Si non, non admissible à l'avenant invalidité.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
d) Travaillez-vous huit (8) mois ou plus par année à raison d'au moins 21 heures par semaine ? Si non, non admissible à l'avenant invalidité.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Travail à domicile (ou au(x) domicile(s) de vos clients) Quel pourcentage de votre temps travaillez-vous à domicile (ou au(x) domicile(s) de vos clients) ?	_____ %	_____ %
3. Avenant invalidité (une seule option peut être choisie par assuré)		
- Avec garantie – preuve de prêt à la souscription (veuillez soumettre la preuve de prêt avec cette demande)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sans garantie – preuve de prêt à la réclamation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Besoin d'assurance (tel que déterminé selon l'analyse des besoins)	\$/mois	\$/mois
5. Montant demandé (min. 300 \$, max. 1,5 % du montant d'assurance vie demandé sans excéder 3 500 \$)	\$/mois	\$/mois
6. Durée	<input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> jusqu'à 65 ans	<input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> jusqu'à 65 ans
7. a) Est-ce que les prêts pour lesquels l'assurance invalidité est demandée sont déjà couverts par une assurance invalidité ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) Si oui, est-ce que cette assurance sera remplacée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

I – Déclaration de résidence aux fins de l'impôt du (des) propriétaire(s) (autocertification)

(applicable à l'assurance vie entière, l'assurance vie temporaire 100 enrichie et à l'assurance vie universelle)

Le(s) propriétaire(s) doit(vent) être résident(s) du Canada aux fins de l'impôt pour qu'un contrat d'assurance puisse être remis en vigueur. Les renseignements fournis dans la déclaration de résidence aux fins de l'impôt doivent être exacts et complets. Le propriétaire doit fournir à Beneva inc. une nouvelle déclaration dans un délai de 30 jours suivant tout changement de circonstances faisant en sorte que les renseignements fournis dans la présente déclaration deviennent incomplets ou inexacts (ex., changement de compte bancaire pour un compte dans une institution financière d'un pays autre que le Canada, changement d'adresse à la suite d'un déménagement dans un pays autre que le Canada, etc.).

Propriétaire est une personne morale (corporation) ou un autre type d'entité :

Pour l'assurance vie entière ou l'assurance vie temporaire 100 enrichie, la Déclaration de résidence aux fins de l'impôt doit être remplie sur le formulaire *Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Entité* (FRA1748F).

Pour l'assurance vie universelle, la Déclaration de résidence aux fins de l'impôt doit être remplie sur le formulaire *Vérification de l'identité des personnes morales et autres entités* (FRA1235F).

Propriétaire 1 (individu)	Propriétaire 2 (individu)
<p>Cocher (✓) toutes les options qui s'appliquent à vous :</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis résident d'une autre juridiction que le Canada aux fins de l'impôt → Si vous cochez cette case, le formulaire <i>Déclaration de résidence aux fins de l'impôt</i> (autocertification) – Individu (FRA1737F) est obligatoire.</p>	<p>Cocher (✓) toutes les options qui s'appliquent à vous :</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis résident d'une autre juridiction que le Canada aux fins de l'impôt → Si vous cochez cette case, le formulaire <i>Déclaration de résidence aux fins de l'impôt</i> (autocertification) – Individu (FRA1737F) est obligatoire.</p>

J – Identité du (des) propriétaire(s) (applicable à l'assurance vie universelle)

Cette section doit être complétée par le conseiller en sécurité financière/représentant. Dans le cas où celui-ci ne participe pas à cette remise en vigueur, ne pas remplir cette section.

Pour l'assurance vie universelle (VU) : Le conseiller en sécurité financière/représentant doit vérifier l'identité de chaque propriétaire du contrat, tel que requis par la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes* (la Loi).

De quelle façon vérifiez-vous l'identité de chaque propriétaire (pour une assurance VU) ?

Cochez la ou les case(s) qui s'applique(nt) :

En présence physique de chaque personne : à l'aide d'un document d'identité avec photo **authentique (original), valide, non expiré (le cas échéant) et délivré par un gouvernement** → Si vous cochez cette case, veuillez indiquer ci-dessous pour chaque personne, le document d'identité examiné, le numéro qu'il porte, sa date d'expiration (le cas échéant) et le territoire de compétence où il a été émis. Si le choix «Autre document avec photo admissible selon la Loi» a été coché ci-dessous, veuillez préciser le type de document vérifié. Au Québec, il est interdit de demander la carte d'assurance maladie au client, mais vous pouvez l'accepter si celui-ci vous l'offre. L'Ontario, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard interdisent l'utilisation d'une carte d'assurance maladie à des fins d'identification.

En utilisant le processus double (si vérification faite à distance ou si pièce d'identité non valide) : à l'aide de deux documents lisibles, valides et à jour provenant de deux sources différentes, indépendantes et fiables → **Si vous cochez cette case, le formulaire *Méthode à processus double pour la vérification de l'identité – Individu – Attestation du conseiller en sécurité financière/représentant* (FRA1913F) est obligatoire.**

Propriétaire 1	Propriétaire 2
<p>_____ Nom du propriétaire (apparaissant sur le document)</p> <p>Le propriétaire du contrat doit être un résident canadien.</p> <p><input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté avec photo <input type="checkbox"/> Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) :</p> <p>_____</p> <p>_____ Numéro du document Territoire de compétence</p> <p> A A A A M M J J Date d'expiration du document</p>	<p>_____ Nom du propriétaire (apparaissant sur le document)</p> <p>Le propriétaire du contrat doit être un résident canadien.</p> <p><input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté avec photo <input type="checkbox"/> Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) :</p> <p>_____</p> <p>_____ Numéro du document Territoire de compétence</p> <p> A A A A M M J J Date d'expiration du document</p>

K – Détermination de l'existence d'un tiers (applicable à l'assurance vie universelle)

Conformément à la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes* ainsi qu'à ses règlements, le conseiller en sécurité financière/représentant doit prendre des mesures raisonnables pour déterminer, dans le cadre de la présente demande de remise en vigueur, si le(s) propriétaire(s) agit (agissent) pour le compte d'un tiers (individu, personne morale ou autre type d'entité).

Afin de déterminer si un « tiers » est en cause, il ne s'agit pas d'identifier le « propriétaire » de l'argent mais plutôt la personne qui donne les instructions quant à la façon de procéder avec l'argent. Si la personne qui est devant vous agit selon les instructions d'une autre, cette autre personne est le tiers.

Lorsque le payeur des primes est une personne ou une entité différente du (des) propriétaire(s), le payeur est considéré comme un tiers et la section ci-dessous doit être remplie.

Le(s) propriétaire(s) agit-il (agissent-ils) pour le compte d'un tiers (individu, personne morale ou autre type d'entité) ou encore, existe-t-il un tiers en ce qui concerne ce contrat ?

- Oui → remplir la partie « Identification du tiers » ci-dessous.
 Non
 Il est impossible de déterminer si le(s) propriétaire(s) agit (agissent) au nom d'un tiers, mais j'ai des motifs raisonnables de croire que c'est le cas.
→ remplir la partie « Identification du tiers » ci-dessous.

Est-ce que la personne ou l'entité qui effectue le paiement des primes/sommes dans le contrat d'assurance est différente du (des) propriétaire(s) ?

- Oui → remplir la partie « Identification du tiers » ci-dessous.
 Non

Identification du tiers (si applicable)

Nom et prénom du tiers (en caractères d'imprimerie)	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J		
Adresse complète permanente du tiers	Date de naissance (si le tiers est une personne physique)								
Activité principale ou profession : inscrivez des renseignements complets et détaillés, incluant le titre d'emploi, le domaine d'activité, le nom de l'employeur et le statut d'emploi (employé, cadre, propriétaire, travailleur autonome, etc.); si retraité, indiquez les détails sur la dernière profession/occupation avant la retraite.	Numéro de téléphone du tiers								
	Lien entre le tiers et le(s) propriétaire(s)								

Si le tiers est une personne morale (corporation) ou autre entité : _____
Numéro d'entreprise Lieu de délivrance du certificat de constitution

Si vous ne parvenez pas à déterminer si le propriétaire agit au nom d'un tiers, mais avez des motifs raisonnables de croire que c'est le cas, inscrire les motifs dans l'espace ci-dessous :

L – Paiement des primes

L1 – Informations générales

Montant total de la prime pour cette demande de remise en vigueur : _____ \$

Méthode de paiement

S'il y a plus de six (6) primes mensuelles arriérées, la seule méthode de paiement acceptée est par chèque (à l'ordre de Beneva inc.).

Chèque ci-joint au montant de _____ \$ Date du chèque | A | A | A | A | M | M | J | J |

Encaissement à la réception de cette demande de remise en vigueur. La remise en vigueur prend effet à la date d'acceptation de la demande par Beneva inc.

Débit préautorisé tiré sur le même compte bancaire associé au numéro de contrat figurant à la section A de ce formulaire

Débit préautorisé tiré sur un nouveau compte bancaire (remplir la section L2 et joindre un spécimen de chèque)

L2 – Accord de débits préautorisés (DPA)

- J'autorise Beneva inc. à porter au débit de mon compte, selon mes instructions et/ou tel que décrit dans le contrat d'assurance, des montants répétitifs mensuels et/ou des paiements ponctuels occasionnels pour le règlement de tous les montants, incluant tous les frais et les taxes applicables, relativement au contrat d'assurance.
- Le montant du DPA peut être augmenté ou réduit à une date ultérieure par suite d'avenants, de résiliation, d'exclusions ou de renouvellement du contrat d'assurance. J'accepte, aux fins du présent Accord, que tous les montants prélevés de mon compte soient traités comme étant des DPA à montant variable. Il est entendu que je conserverai le même mode de paiement lors du renouvellement du contrat d'assurance, si applicable, à moins d'en aviser Beneva inc. avant la date dudit renouvellement.
- Je comprends qu'en fonction du produit choisi, un paiement mensuel entraînera une prime annualisée supérieure.
- Si un DPA est refusé pour insuffisance de fonds, Beneva inc. peut présenter de nouveau le DPA. Des frais découlant du DPA refusé pour insuffisance de fonds pourraient être ajoutés au prochain DPA.
- J'accepte de signaler par lettre à Beneva inc., tout changement aux renseignements fournis dans le présent Accord relativement au compte, et ce, au moins dix (10) jours ouvrables avant la date du prochain DPA.
- Je consens à ce qu'un prélèvement soit effectué dans mon compte chaque mois le jour indiqué dans le présent formulaire de **Remise en vigueur** ou le jour ouvrable suivant.
- J'accepte, aux fins du présent Accord, que tous les DPA prélevés de mon compte soient considérés comme des DPA personnels.
- J'accepte et je comprends que Beneva inc. ne m'avisera pas avant chaque DPA.**
- Dans le cas où je demande à Beneva inc. de changer le montant du DPA, je renonce à mon droit de recevoir un préavis.
- Je peux révoquer cette autorisation de débits préautorisés à tout moment à condition de donner à Beneva inc. un préavis écrit de trente (30) jours. Je peux obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou d'autres renseignements sur mon droit d'annuler l'Accord de DPA, en m'adressant à mon institution financière ou en visitant www.cdnpay.ca.
- Je comprends que Beneva inc. se réserve le droit de résilier le présent Accord sur préavis écrit de quinze (15) jours.
- Je comprends que toute résiliation du présent Accord ne met pas fin ni n'a le moindre effet à l'égard de toute entente conclue avec Beneva inc. relativement à un contrat d'assurance, dans la mesure où les paiements sont effectués au moyen d'une autre méthode acceptée par Beneva inc.
- J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord de DPA. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord. Pour obtenir plus d'informations sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

Beneva inc.

Comptabilité des primes

1225, rue Saint-Charles Ouest, bureau 200, Longueuil (Québec) J4K 0B9

Veuillez joindre un spécimen de chèque de compte à débiter sur lequel vous aurez inscrit la mention « ANNULÉ ».



Nom de l'institution financière

Adresse, ville, province et code postal de la succursale

Succursale

Numéro de l'institution financière

Numéro de compte

Autorisation bancaire

S'agit-il d'un compte conjoint ? Oui Non

Dans le cas d'un compte conjoint, tous les titulaires du compte doivent signer si plus d'une signature est requise sur les chèques émis à partir de ce compte.

Nom du titulaire du compte ou de la personne autorisée
(en caractères d'imprimerie)

X

Signature

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

Nom du titulaire du compte ou de la personne autorisée
(en caractères d'imprimerie)

X

Signature

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

M– Avis aux personnes à assurer et au(x) propriétaire(s)

Avis relatif au rapport d'enquête

Pour le traitement normal des propositions d'assurance, toutes les compagnies d'assurance, y compris Beneva inc., peuvent demander une enquête personnelle pour recueillir des renseignements provenant d'entrevues personnelles avec vos connaissances indiquées à titre de références. L'enquête peut porter sur votre réputation, votre mode de vie et vos finances. Il est possible qu'un représentant d'une société chargée de faire de tels rapports vous visite ou vous téléphone.

Avis relatif au MIB, LLC

Certains renseignements doivent être recueillis quand un assureur reçoit une proposition d'assurance et ces renseignements doivent être aussi complets que possible. Les renseignements recueillis peuvent être de nature médicale, personnelle ou peuvent porter sur votre solvabilité.

Afin de permettre une sélection des risques plus équitable pour chacun de leurs assurés, la plupart des compagnies d'assurance, y compris Beneva inc. (Beneva), transigent avec un organisme appelé « MIB, LLC (MIB) ».

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités confidentiellement. Cependant, Beneva ou ses réassureurs peuvent adresser un bref rapport à ce sujet au MIB, LLC (MIB), qui coordonne l'échange de renseignements pour le compte de compagnies d'assurance membres du Groupe MIB Inc. Lorsque vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement à une autre compagnie membre du MIB, celui-ci transmet à cette dernière, sur demande, les renseignements contenus dans votre dossier.

Si vous en faites la demande, le MIB vous transmettra les renseignements contenus dans votre dossier. Vous pouvez communiquer avec le MIB par courriel au Canadadisclosure@mib.com ou en composant le 866-692-6901. Si vous contestez l'exactitude des renseignements consignés dans le dossier du MIB, vous pouvez contacter le MIB et demander une correction conformément aux procédures énoncées dans la loi fédérale Fair Credit Reporting Act. L'adresse du bureau d'information du MIB est le 50 Braintree Hill Park, Suite 400 Braintree, MA 02184-8734. Vos renseignements pourraient être transmis et hébergés à l'extérieur du Canada et être régis par les lois applicables à des pays ou États étrangers.

Beneva, ou ses réassureurs, peuvent également transmettre les renseignements de votre dossier à toute autre compagnie d'assurance à laquelle vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement. Les consommateurs peuvent obtenir des renseignements sur le MIB en consultant son site internet à l'adresse www.mib.com.

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 (voir votre **droit de retrait de consentement**) 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
625, rue Jacques-Parizeau
Québec (Québec) G1R 2G5

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 www.beneva.ca.

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.

À l'usage unique des conseillers financiers Beneva (CFB)

Consentement à recevoir des offres et conseils personnalisés de produits et services (optionnel)

Je consens à ce que mes renseignements personnels nécessaires soient recueillis, utilisés et communiqués par Beneva entre autres à des fournisseurs de services ainsi qu'à des sites Web et applications appartenant à des tiers afin de recevoir des offres et des conseils personnalisés de produits ou de services. Je comprends que je peux retirer mon consentement en appelant au 1 844 781-0860 ou en me rendant au www.beneva.ca.

Propriétaire 1 Propriétaire 2

1. Le terme « Beneva » signifie Beneva inc., ses sociétés affiliées, leurs mutuelles et ses réseaux de distribution. Les sociétés affiliées de Beneva inc. désignent La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance, Services d'investissement Beneva inc., Société d'assurance Beneva inc., L'Unique assurances générales inc. et Unica assurances inc.

N – Déclarations

Les soussignés :

1. Conviennent qu'un questionnaire complémentaire sur le mode de vie et les antécédents médicaux pourrait être rempli lors de la rencontre avec le conseiller en sécurité financière / représentant ou lors d'un entretien en personne ou un entretien téléphonique ENREGISTRÉ avec une société paramédicale ou une autre personne autorisée représentant Beneva inc. ou agissant en son nom. Les soussignés conviennent que ce questionnaire complémentaire sera réputé faire partie de la présente proposition et que ces renseignements serviront à établir le contrat souscrit auprès de Beneva inc. Les soussignés conviennent également d'examiner ces éléments d'information à la réception du contrat et d'aviser immédiatement Beneva inc. s'ils y décèlent des renseignements faux, inexacts ou incomplets.
2. Conviennent que toute information qu'ils ont divulguée lors d'une entrevue téléphonique ENREGISTRÉE à une société paramédicale ou à une autre personne autorisée représentant Beneva inc. ou agissant en son nom, incluant, mais sans s'y limiter, leurs antécédents médicaux et leur état de santé, sera réputée faire partie de la présente proposition et que cette information servira à établir le contrat souscrit auprès de Beneva inc. Les soussignés conviennent que tout enregistrement, transcription ou autre reproduction de cette information par Beneva inc. ou au nom de celle-ci sera considéré comme aussi exact, complet et contraignant qu'un document écrit de leur part.
3. Conviennent que, si des renseignements enregistrés se révèlent inexacts ou incomplets (y compris, mais sans s'y limiter, les renseignements fournis pour justifier l'application des taux non-fumeurs relativement à un assuré aux termes du contrat demandé), le contrat sera nul dans le cas dudit assuré.
4. Conviennent que, dans le produit Tempo Plus, le montant de la prestation payable en cas d'invalidité totale, lorsque l'avenant invalidité sans garantie - preuve de prêt à la réclamation a été choisi, ou, lorsque le montant de l'indemnité mensuelle est supérieur à 2 000\$, sera en fonction du montant des mensualités admissibles du ou des prêts admissibles en vigueur au moment de l'invalidité totale, et ce peu importe le montant mensuel souscrit dans la présente proposition d'assurance. La prestation payable n'excédera pas le montant mensuel souscrit dans la présente proposition, sous réserve des modalités du contrat. Lorsque l'avenant invalidité sans garantie - preuve de prêt à la réclamation a été choisi, si aucune mensualité admissible n'est en vigueur au moment de l'invalidité totale, les soussignés conviennent que la responsabilité de Beneva inc. se limitera au remboursement des primes perçues depuis l'acquiescement du ou des prêts, étant entendu que ce remboursement n'excédera pas une période de dix-huit (18) mois précédant la demande de prestation en cas d'invalidité totale.
5. Conviennent avoir reçu les explications du conseiller concernant la possibilité de modification de régime fiscal qu'entraînent certaines modifications exigeant des preuves d'assurabilité, le cas échéant, et qu'à ce titre l'entièreté du contrat pourrait être soumis aux règles fiscales en vigueur depuis le 1er janvier 2017, si ce n'est pas déjà le cas.
6. Déclarent avoir été informés que Beneva peut recueillir leurs renseignements personnels à l'aide de technologies qui comprennent des fonctions permettant l'identification, la localisation ou le profilage lesquelles sont nécessaires afin d'évaluer leurs demandes. C'est le cas de la proposition électronique qui permet entre autres d'établir leur profil de risque afin d'offrir la meilleure prime possible. Les soussignés conviennent que le fait de soumettre leur proposition enclenche l'activation de ces fonctions.
7. Déclarent avoir été informés que Beneva peut utiliser leurs renseignements personnels afin de prendre des décisions exclusivement automatisées, c'est à dire, sans aucune intervention humaine. Par exemple, lorsqu'ils soumettent leur proposition électronique, il est possible qu'une décision automatisée soit rendue afin d'accélérer la souscription, incluant le calcul de leur prime ainsi que la sélection des risques.
8. Déclarent que les renseignements indiqués dans la présente proposition d'assurance à l'égard d'une assurance vie universelle (le cas échéant) concernant leurs coordonnées, leur identification, leur profession (incluant le titre d'emploi, le domaine d'activité, le nom de l'employeur et le statut d'emploi) et le but de l'assurance, sont exacts, complets et correctement inscrits, et s'engagent à aviser promptement leur conseiller en sécurité financière/représentant de tout changement relatif à ceux-ci. Le conseiller en sécurité financière/représentant transmettra alors sans délai les renseignements mis à jour à Beneva inc.
9. Déclarent que les renseignements fournis dans la déclaration de résidence aux fins de l'impôt sont exacts et complets et s'engagent à fournir à Beneva inc. une nouvelle déclaration de résidence aux fins de l'impôt dans un délai de 30 jours suivant tout changement de circonstances faisant en sorte que les renseignements fournis dans le présent formulaire deviennent incomplets ou inexacts.
10. Déclarent que les affirmations précédentes sont véridiques, complètes et correctement inscrites et font partie de la proposition d'assurance auprès de Beneva inc. Toute fausse déclaration ou réticence des personnes à assurer sur des circonstances connues de lui et de nature à influencer de façon importante un assureur raisonnable dans l'établissement de la prime, l'appréciation du risque ou la décision de l'accepter entraînent, à la demande de l'assureur, la nullité du contrat même en ce qui concerne les sinistres non rattachés aux risques ainsi dénaturés.
11. Déclarent avoir pris connaissance de l'avis concernant la protection des renseignements personnels ainsi que des avis à la personne à assurer et au(x) propriétaire(s). Les soussignés comprennent que toute information divulguée dans la présente proposition et tout document complémentaire, le cas échéant, pourrait être collectée, utilisée, conservée ou communiquée par ou aux autres participants au processus de proposition d'assurance et tout questionnaire éventuel de la police d'assurance.

_____ ce _____ jour de _____ de l'an _____

Signé à (ville et province)

Date

X

Signature de l'assuré 1

X

Signature de l'assuré 2

X

Signature du père, de la mère ou du tuteur légal de l'assuré mineur (assurance enfant)

X

Signature du propriétaire 1 – nécessaire seulement s'il ne s'agit pas d'un assuré

X

Signature du propriétaire 2 – nécessaire seulement s'il ne s'agit pas d'un assuré

Si le propriétaire est une personne morale ou autre entité :

Nom et titre du signataire autorisé

X

Signature

Nom et titre du signataire autorisé

X

Signature

O – Autorisations

Vos autorisations sont nécessaires pour fournir et administrer vos produits ou services.

1. Autorisent tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, tout fournisseur de soins de santé, tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, tout assureur ou réassureur, le MIB, LLC, toute agence d'enquête ainsi que toute personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels en lien avec leur état de santé, leurs antécédents médicaux ou leurs habitudes de vie nécessaires aux raisons mentionnées dans l'avis concernant la protection des renseignements personnels, à les communiquer à Beneva inc. ou à ses réassureurs. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
2. Autorisent Beneva inc. et ses réassureurs à recueillir, utiliser et communiquer les renseignements personnels nécessaires aux raisons mentionnées dans l'avis concernant la protection des renseignements personnels auprès de tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, fournisseur de soins de santé, établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, assureur ou réassureur, agence d'enquête, personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels en lien avec leur état de santé, leurs antécédents médicaux ou leurs habitudes de vie ainsi que le MIB, LLC. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
3. Autorisent Beneva inc. et ses réassureurs à recueillir, utiliser et communiquer les renseignements personnels détenus par toute agence d'évaluation du crédit à des fins de tarification, de sélection des risques, d'étude, de recherche et de développement, de conception et d'application de modèles statistiques, de conformité réglementaire et contractuelle et de prévention et de détection de la fraude, d'erreurs et de fausses représentations. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
4. Autorisent, en cas de décès, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de leur succession à communiquer à Beneva inc. et ses réassureurs, lorsque requis par ce(s) dernier(s), tous les renseignements et autorisations nécessaires à l'étude de la réclamation de décès et à l'obtention des justifications requises.

Assuré 1

Je reconnais avoir pris connaissance des quatre (4) autorisations ci-dessus et y consens.

_____	X	_____	A A A A M M J J
Nom de l'assuré 1 (en caractères d'imprimerie)	Signature de l'assuré 1	Date	
_____	X	_____	A A A A M M J J
S'il s'agit d'un mineur : Nom de la mère, du père ou du tuteur légal (en caractères d'imprimerie)	S'il s'agit d'un mineur : Signature de la mère, du père ou du tuteur légal (indiquer le lien avec l'assuré)	Date	

Assuré 2

Je reconnais avoir pris connaissance des quatre (4) autorisations ci-dessus et y consens.

_____	X	_____	A A A A M M J J
Nom de l'assuré 2 (en caractères d'imprimerie)	Signature de l'assuré 2	Date	
_____	X	_____	A A A A M M J J
S'il s'agit d'un mineur : Nom de la mère, du père ou du tuteur légal (en caractères d'imprimerie)	S'il s'agit d'un mineur : Signature de la mère, du père ou du tuteur légal (indiquer le lien avec l'assuré)	Date	

P – Rapport du conseiller en sécurité financière / représentant

P1 – Renseignements sur le conseiller en sécurité financière / représentant

Les renseignements suivants sont nécessaires au traitement de ce formulaire ainsi que pour le versement des commissions.

_____	_____	_____
Nom du conseiller de service (en caractères d'imprimerie)	Agence	Code du conseiller en sécurité financière/représentant
_____	_____	_____
Partage % (multiples de 5 %)	Téléphone	
_____	_____	_____
Nom du conseiller qui partage la commission (s'il y a lieu) (en caractères d'imprimerie)	Agence	Code du conseiller en sécurité financière/représentant
_____	_____	_____
Partage % (multiples de 5 %)	Téléphone	
_____	_____	_____
Nom du conseiller qui partage la commission (s'il y a lieu) (en caractères d'imprimerie)	Agence	Code du conseiller en sécurité financière/représentant
_____	_____	_____
Partage % (multiples de 5 %)	Téléphone	

P2 – Signature du conseiller en sécurité financière/représentant

Je confirme avoir remis le document « Communication de renseignements concernant les conseillers » au(x) propriétaire(s) lequels l'informe (les informe) :

- du nom de la ou des sociétés que je représente actuellement ;
- que je touche une rémunération comme des commissions sur la vente de produits d'assurance vie et d'assurance maladie grave ;
- que je pourrais toucher une rémunération supplémentaire sous forme de bonis, de participation à des congrès ou d'autres incitatifs ; et
- de tout conflit d'intérêts qui pourrait exister relativement à la présente transaction.

Je déclare avoir un permis valide sur le territoire où ce formulaire de Remise en vigueur a été signé.

À ma connaissance, les renseignements fournis dans ce formulaire de Remise en vigueur sont exacts.

Si je ne suis pas le conseiller de service pour ce contrat, je déclare avoir avisé le(s) propriétaire(s) de ce fait et de l'identité de son (leur) conseiller de service telle qu'elle apparaît dans la Section P1.

Vérification de l'identité du (des) propriétaire(s) (applicable à l'assurance vie universelle)

J'ai vérifié l'identité de la (des) personne(s) qui a (ont) apposé sa (leur) signature au présent formulaire Remise en vigueur en qualité de propriétaire(s) en utilisant une méthode permise selon les exigences de la Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes et ses règlements connexes.

Détermination de l'existence d'un tiers (applicable à l'assurance vie universelle)

Conformément à la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes* ainsi qu'à ses règlements, j'ai pris des mesures raisonnables en vue de déterminer si le(s) propriétaire(s) agit (agissent) au nom d'un tiers.

Contrôle continu des relations d'affaires (applicable à l'assurance vie universelle)

Lorsque la (les) personne(s) qui a (ont) apposé sa (leur) signature au présent formulaire en qualité de propriétaire(s) m'avise(nt) d'une mise à jour concernant les renseignements relatifs à ses (leurs) coordonnées, son (leur) identification, sa (leur) profession (incluant le titre d'emploi, le domaine d'activité, le nom de l'employeur et le statut d'emploi) ou le but de l'assurance, je m'engage à en informer sans délai Beneva inc.

Nom du conseiller en sécurité financière/représentant (en caractères d'imprimerie)

Code du conseiller en sécurité financière/représentant

X

Signature du conseiller en sécurité financière/représentant

A A A A M M J J

Date

Notes et détails du conseiller en sécurité financière/représentant

Cet avis doit être remis au propriétaire en tout temps.

Avis aux personnes à assurer et au(x) propriétaire(s)

Avis relatif au MIB, LLC

Certains renseignements doivent être recueillis quand un assureur reçoit une proposition d'assurance et ces renseignements doivent être aussi complets que possible. Les renseignements recueillis peuvent être de nature médicale, personnelle ou peuvent porter sur votre solvabilité.

Afin de permettre une sélection des risques plus équitable pour chacun de leurs assurés, la plupart des compagnies d'assurance, y compris Beneva inc. (Beneva), transigent avec un organisme appelé « MIB, LLC (MIB) ».

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités confidentiellement. Cependant, Beneva ou ses réassureurs peuvent adresser un bref rapport à ce sujet au MIB, LLC (MIB), qui coordonne l'échange de renseignements pour le compte de compagnies d'assurance membres du Groupe MIB Inc. Lorsque vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement à une autre compagnie membre du MIB, celui-ci transmet à cette dernière, sur demande, les renseignements contenus dans votre dossier.

Si vous en faites la demande, le MIB vous transmettra les renseignements contenus dans votre dossier. Vous pouvez communiquer avec le MIB par courriel au Canadadisclosure@mib.com ou en composant le 866-692-6901. Si vous contestez l'exactitude des renseignements consignés dans le dossier du MIB, vous pouvez contacter le MIB et demander une correction conformément aux procédures énoncées dans la loi fédérale Fair Credit Reporting Act. L'adresse du bureau d'information du MIB est le 50 Braintree Hill Park, Suite 400 Braintree, MA 02184-8734. Vos renseignements pourraient être transmis et hébergés à l'extérieur du Canada et être régis par les lois applicables à des pays ou États étrangers.

Beneva, ou ses réassureurs, peuvent également transmettre les renseignements de votre dossier à toute autre compagnie d'assurance à laquelle vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement. Les consommateurs peuvent obtenir des renseignements sur le MIB en consultant son site internet à l'adresse www.mib.com.

Autorisations

- J'autorise tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, tout fournisseur de soins de santé, tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, tout assureur ou réassureur, le MIB, LLC, toute agence d'enquête ainsi que toute personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels en lien avec mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mes habitudes de vie nécessaires aux raisons mentionnées dans l'avis concernant la protection des renseignements personnels, à les communiquer à Beneva inc. ou à ses réassureurs. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
- J'autorise Beneva inc. et ses réassureurs à recueillir, utiliser et communiquer les renseignements personnels nécessaires aux raisons mentionnées dans l'avis concernant la protection des renseignements personnels auprès de tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, fournisseur de soins de santé, établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, assureur ou réassureur, agence d'enquête, personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels en lien avec mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mes habitudes de vie ainsi que le MIB, LLC. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
- J'autorise Beneva inc. et ses réassureurs à recueillir, utiliser et communiquer les renseignements personnels détenus par toute agence d'évaluation du crédit à des fins de tarification, de sélection des risques, d'étude, de recherche et de développement, de conception et d'application de modèles statistiques, de conformité réglementaire et contractuelle et de prévention et de détection de la fraude, d'erreurs et de fausses représentations. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
- J'autorise, en cas de décès, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de leur succession à communiquer à Beneva inc. et ses réassureurs, lorsque requis par ce(s) dernier(s), tous les renseignements et autorisations nécessaires à l'étude de la réclamation de décès et à l'obtention des justifications requises.

Je reconnais avoir pris connaissance des quatre (4) autorisations ci-dessus et y consens.

	X	A A A A M M J J
Nom de l'assuré (en caractères d'imprimerie)	Signature de l'assuré	Date
	X	A A A A M M J J
S'il s'agit d'un mineur : Nom de la mère, du père ou du tuteur légal (en caractères d'imprimerie)	S'il s'agit d'un mineur : Signature de la mère, du père ou du tuteur légal (indiquer le lien avec l'assuré)	Date

Autorisations

- J'autorise tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, tout fournisseur de soins de santé, tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, tout assureur ou réassureur, le MIB, LLC, toute agence d'enquête ainsi que toute personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels en lien avec mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mes habitudes de vie nécessaires aux raisons mentionnées dans l'avis concernant la protection des renseignements personnels, à les communiquer à Beneva inc. ou à ses réassureurs. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
- J'autorise Beneva inc. et ses réassureurs à recueillir, utiliser et communiquer les renseignements personnels nécessaires aux raisons mentionnées dans l'avis concernant la protection des renseignements personnels auprès de tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, fournisseur de soins de santé, établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, assureur ou réassureur, agence d'enquête, personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels en lien avec mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mes habitudes de vie ainsi que le MIB, LLC. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
- J'autorise Beneva inc. et ses réassureurs à recueillir, utiliser et communiquer les renseignements personnels détenus par toute agence d'évaluation du crédit à des fins de tarification, de sélection des risques, d'étude, de recherche et de développement, de conception et d'application de modèles statistiques, de conformité réglementaire et contractuelle et de prévention et de détection de la fraude, d'erreurs et de fausses représentations. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
- J'autorise, en cas de décès, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de leur succession à communiquer à Beneva inc. et ses réassureurs, lorsque requis par ce(s) dernier(s), tous les renseignements et autorisations nécessaires à l'étude de la réclamation de décès et à l'obtention des justifications requises.

Je reconnais avoir pris connaissance des quatre (4) autorisations ci-dessus et y consens.

	X	A A A A M M J J
Nom de l'assuré (en caractères d'imprimerie)	Signature de l'assuré	Date
	X	A A A A M M J J
S'il s'agit d'un mineur : Nom de la mère, du père ou du tuteur légal (en caractères d'imprimerie)	S'il s'agit d'un mineur : Signature de la mère, du père ou du tuteur légal (indiquer le lien avec l'assuré)	Date