



**Assurance
individuelle**

Demande de changement au taux non-fumeur

Version : Juillet 2023

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

Instructions aux conseillers

Veillez remplir ce formulaire pour demander un changement au taux non-fumeur. Des frais de 25 \$ sont applicables pour un changement au taux non-fumeur d'un contrat d'assurance vie universelle.

Si la demande est pour un contrat dernier décès, chaque assuré doit répondre à ce questionnaire.

Veillez noter qu'une analyse d'urine est requise pour les montants de plus de 250 000 \$ en assurance vie et maladie grave.

S'il y a plusieurs propriétaires au contrat, CHACUN d'entre eux doit signer ce formulaire.

Informations générales

Nom et prénom de l'assuré (en caractères d'imprimerie) _____ Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 Numéro du contrat _____

Nom du propriétaire si différent de l'assuré _____

	Oui	Non																
1. Au cours des douze (12) derniers mois, 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? Si non, indiquer la date de la dernière utilisation : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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> Si oui, nous indiquer : Produit utilisé : _____ Quantité par mois : _____ Date de la dernière utilisation : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A	A	A	A	M	M	J	J											
A	A	A	A	M	M	J	J											

2. Taille : _____ pi m Poids actuel : _____ lb kg

Depuis la date d'émission de votre contrat chez Beneva inc. :

3. Avez-vous présenté des signes ou des symptômes, passé des tests/examens, été traité ou reçu un diagnostic pour l'une ou l'autre des conditions suivantes : Troubles cardiaques, douleurs thoraciques, accident vasculaire cérébral (ACV), diabète, cancer, tumeur, hépatite, cirrhose du foie ou autre trouble du système digestif, sclérose en plaques, paralysie, ou autre trouble neurologique, bronchite chronique, emphysème, dépression, anxiété, idées suicidaires, trouble du sang, VIH, trouble de la vessie, des reins, de la prostate, ou toute autre maladie ou trouble non mentionné?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 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 déclarer les accouchements)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous présenté des signes, symptômes ou malaises pour lesquels vous n'avez pas été consulté?	<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 (ne pas déclarer les tests génétiques ni les résultats de ceux-ci)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu oui aux questions 3, 4, 5 et 6, veuillez remplir le tableau ci-dessous :

Trouble, malaises, tests ou investigation	Date	Durée	Résultats et état actuel	Nom du médecin traitant ou de l'établissement médical								
	<table border="1" style="display: inline-table;"><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					
	<table border="1" style="display: inline-table;"><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					
	<table border="1" style="display: inline-table;"><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					
	<table border="1" style="display: inline-table;"><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					
	<table border="1" style="display: inline-table;"><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					
	<table border="1" style="display: inline-table;"><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					
	<table border="1" style="display: inline-table;"><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					
	<table border="1" style="display: inline-table;"><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					
	<table border="1" style="display: inline-table;"><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					

7. Avez-vous fait usage de produits de cannabis à des fins récréatives ou médicales (inclure toutes formes de cannabis, marijuana et haschisch)? Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Forme	Quantité	Fréquence	Dates d'usage	Type d'usage																
<input type="checkbox"/> Joint	Nombre de joints : _____	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année	Du : <table border="1" style="display: inline-table;"><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> Au : <table border="1" style="display: inline-table;"><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	<input type="checkbox"/> Récréatif <input type="checkbox"/> Médical*
A	A	A	A	M	M	J	J													
A	A	A	A	M	M	J	J													
<input type="checkbox"/> Produit comestible <input type="checkbox"/> Huile <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	_____	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année	Du : <table border="1" style="display: inline-table;"><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> Au : <table border="1" style="display: inline-table;"><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	<input type="checkbox"/> Récréatif <input type="checkbox"/> Médical*
A	A	A	A	M	M	J	J													
A	A	A	A	M	M	J	J													

* Si l'usage est à des fins médicales, fournir les détails suivants : raison : _____ Prescrit : Oui Non

	Oui	Non
8. Avez-vous fait usage de drogues ou de narcotiques non prescrits par un médecin (ex.: cocaïne, ecstasy, LSD, champignons magiques, héroïne, fentanyl, stéroïdes anabolisants, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, remplir le tableau ci-dessous.

Type de drogues ou de narcotiques	Quantité	Fréquence	Dates 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

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.

Déclarations

Je certifie, par la présente, que les déclarations et réponses susmentionnées sont complètes, exactes, véridiques et à jour et je comprends et reconnais qu'elles font partie intégrante de ma proposition d'assurance.

1. Déclare avoir été informé 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. Je conviens que le fait de soumettre leur proposition enclenche l'activation de ces fonctions.
2. Déclare avoir été informé que Beneva peut utiliser leurs renseignements personnels afin de prendre des décisions fondées exclusivement automatisées sans aucune intervention humaine. Par exemple, lorsque vous soumettez votre proposition électronique, il est possible qu'une décision automatisée soit rendue afin d'accélérer la souscription, incluant le calcul de votre prime ainsi que la sélection des risques.
3. Déclare 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) et en accepter les conditions.

X

Signature de l'assuré

X

Signature du propriétaire - nécessaire seulement s'il ne s'agit pas de l'assuré

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

Date

N – Autorisations

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

1. 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 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. 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 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. 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.
4. 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.

Assuré

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

Nom de l'assuré (en caractères d'imprimerie)

X

Signature de l'assuré

Date

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

Renseignements sur le conseiller en sécurité financière / représentant

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

Date

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

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.