

Numéro de contrat _____

Numéro de la proposition _____

Renseignements généraux**Type de demande**

- Nouvelle proposition Ajout de garantie(s) au contrat Modification ou annulation (remplir les Sections 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ou 8, 9, 13, 17, 18, 20 et 21)
- Remise en vigueur Autre : _____

Section 1 : Conditions d'admissibilité

Au moment de la demande d'assurance et à la date d'entrée en vigueur, la personne à assurer doit respecter les normes d'assurabilité de Beneva inc. et respecter les conditions d'admissibilité suivantes (pour les garanties MaturSanté et MaturVie, veuillez répondre aux questions 1 à 3, et pour la garantie Accigarde, veuillez répondre aux questions 1 à 4) :

1. La personne à assurer doit être de citoyenneté canadienne ou être immigrant(e) reçu(e); êtes-vous admissible en fonction de ce critère? Oui Non
2. La personne à assurer doit résider au Canada depuis au moins deux (2) ans; êtes-vous admissible en fonction de ce critère? Oui Non
3. La personne à assurer ne doit pas séjourner dans un hôpital ou dans un établissement de santé ou de convalescence; êtes-vous admissible en fonction de ce critère? Oui Non
4. Pour la garantie **Accigarde seulement** : la personne à assurer **ne doit pas être en état d'invalidité totale et permanente ou en invalidité totale**; êtes-vous admissible en fonction de ce critère? Oui Non

Section 2 : Note concernant l'invalidité

Si la personne à assurer est déclarée en état d'invalidité totale et permanente ou est actuellement en invalidité totale, elle ne peut se prévaloir des garanties comportant des indemnités mensuelles d'invalidité.

Êtes-vous actuellement en état d'invalidité totale et permanente ou êtes-vous actuellement en invalidité totale? Oui Non

Section 3 : Personne à assurer

Prénom _____		Nom _____	
Nom à la naissance (s'il est différent) _____		Date de naissance <input type="text" value="J J M M A A A A "/>	Âge _____
Adresse (numéro civique et nom de la rue) _____		App. _____	Ville _____
Province _____	Code postal _____	Téléphone (résidence) _____	Fumeur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Profession (fonction) _____		Téléphone (travail) _____	
Employeur _____		Revenu d'emploi brut _____ \$/an	

Section 4 : Propriétaire (remplir si le propriétaire n'est pas la personne à assurer)

Prénom _____		Nom _____	
Nom à la naissance (s'il est différent) _____		Date de naissance <input type="text" value="J J M M A A A A "/>	Lien avec la personne à assurer _____
Adresse (numéro civique et nom de la rue) _____		App. _____	Ville _____
Province _____	Code postal _____	Téléphone _____	
Compagnie ou société : _____		Numéro d'entreprise _____	
Dénomination sociale au complet _____			
Propriétaire subsidiaire (s'il y a lieu)			
Prénom _____		Nom _____	
Date de naissance <input type="text" value="J J M M A A A A "/>		Lien avec la personne à assurer _____	

Section 5 : Autres assurances en vigueur (individuelle et collective) Cochez s'il n'y a aucune assurance en vigueur

Nom de la compagnie	Type de protection	Numéro de la police	Année d'émission	Indemnité ou capital assuré
				\$
				\$
				\$
				\$

Section 6 : Remplacement

Cette demande remplace-t-elle une assurance individuelle en vigueur?

- Oui Non Dans l'affirmative, un ou des préavis de remplacement doit (doivent) être rempli(s) et soumis, selon les modalités applicables dans les provinces concernées, en même temps que la présente proposition ou dans le délai prescrit par les provinces concernées.

Section 7 : Modification de garantie(s)

Pour une augmentation de la période d'indemnisation ou la réduction du délai de carence, vous devez aussi remplir la Section 15 : Questionnaire médical (pour MaturSanté seulement).

Nom de la garantie	Période d'indemnisation	Délai de carence	Indemnité ou capital assuré (diminution seulement)	Nouvelle prime
	De : à :	De : à :	De : à :	\$
	De : à :	De : à :	De : à :	\$

Section 8 : Annulation de garantie(s) ou de contrat

Numéro de contrat	Nom de l'assuré (s'il y a lieu)	Annulation totale (toutes les garanties)	Annulation partielle (garantie spécifique à annuler)
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	

Section 9 : Marché

Type d'adhérent	N° membre	Nom de l'association	N° d'association
<input type="checkbox"/> Grand public (groupe 100)			
<input type="checkbox"/> Marché FADOQ (groupe 300)			

Section 10 : Garantie(s) demandée(s) MaturSanté – assurance accident maladie

Nom de la garantie	Période d'indemnisation	Délai de carence	Indemnité de base ou capital assuré	RDP	Prime modale
<input type="checkbox"/> Indemnités de convalescence à domicile (34)	<input type="checkbox"/> 90 jrs <input type="checkbox"/> 120 jrs <input type="checkbox"/> 180 jrs <input type="checkbox"/> 365 jrs	<input type="checkbox"/> 7 jrs <input type="checkbox"/> 14 jrs <input type="checkbox"/> 30 jrs	\$ / mois	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/> Indemnités de convalescence à domicile avec protection additionnelle en cas de cancer (20)	<input type="checkbox"/> 90 jrs <input type="checkbox"/> 120 jrs <input type="checkbox"/> 180 jrs <input type="checkbox"/> 365 jrs	<input type="checkbox"/> 7 jrs <input type="checkbox"/> 14 jrs <input type="checkbox"/> 30 jrs	\$ / mois	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/> Soins médicaux à domicile / clinique (35)				<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/> Soins ambulatoires et téléassistance paramédicale à domicile (22)			<input type="checkbox"/> 25 \$ / visite <input type="checkbox"/> 50 \$ / visite	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/> Assurance fracture par accident (FRA)			<input type="checkbox"/> 5 000 \$ <input type="checkbox"/> 10 000 \$	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/> Assurance hospitalisation (31)			\$ / jour	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/> Indemnités de séjour en centre de convalescence (38)	<input type="checkbox"/> 30 jrs <input type="checkbox"/> 60 jrs		\$ / jour	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/> Assurance médicaments post-hospitalière (33)				<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/> Indemnités de séjour de réadaptation (32)			\$ / jour	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/> Assurance de soins complémentaires (37)				<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/> Indemnités d'invalidité accidentelle (ACC)	<input type="checkbox"/> 180 jrs <input type="checkbox"/> 365 jrs		\$ / mois	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/> Assurance cancer (CAN)			<input type="checkbox"/> T10 _____ \$ <input type="checkbox"/> T20 _____ \$	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/> Avenant maladies graves (MG)			<input type="checkbox"/> T10 _____ \$ <input type="checkbox"/> T20 _____ \$	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/> Avenant maladies graves plus (MGP)			<input type="checkbox"/> T10 _____ \$ <input type="checkbox"/> T20 _____ \$	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/> Décès et mutilation accidentels (DMA)			<input type="checkbox"/> 25 000 \$ – 50 000 \$ <input type="checkbox"/> 50 000 \$ – 100 000 \$	<input type="checkbox"/>	\$
Prime contractuelle de base					\$
Prime totale MaturSanté					\$

Section 11 : Garantie(s) demandée(s) MaturVie – assurance vie

Nom de la garantie	Capital assuré	Prime modale	Prime contractuelle	Prime modale totale
<input type="checkbox"/> MaturVie	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> MaturVie <i>privilège</i> <input type="checkbox"/> Option différée	\$	\$	\$	\$
Prime totale assurance vie				\$

Bénéficiaire(s) pour la garantie MaturVie / MaturVie *privilège*

Si vous avez sélectionné la garantie MaturVie et/ou MaturVie *privilège*, veuillez indiquer le prénom et le nom de la (des) personne(s) qui recevra (recevront) les sommes prévues lorsqu'elles seront payables en vertu de la garantie MaturVie et/ou MaturVie *privilège*. **Si plusieurs bénéficiaires sont nommés, la répartition en pourcentage des parts doit évaluer 100%.**

Les désignations de bénéficiaires sont révocables, sauf si la case **Irrévocable** est cochée. Au Québec, toute désignation de bénéficiaire en faveur de l'époux/épouse du propriétaire ou du conjoint/ de la conjointe uni civilement au propriétaire est irrévocable, sauf si la case **Révocable** est cochée.

Si le bénéficiaire principal précède la personne à assurer, les sommes prévues seront payables au bénéficiaire subsidiaire au décès de la personne à assurer.

Si aucun bénéficiaire n'est désigné au décès de la personne à assurer, le propriétaire sera alors le bénéficiaire, ou dans le cas où le propriétaire et la personne à assurer sont la même personne, la succession du propriétaire sera le bénéficiaire.

Bénéficiaire(s) Principal 1

Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case		Quote-part % Total 100 %
			Révocable	Irrévocable	
1 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Bénéficiaire(s) subsidiaire(s) Principal 1

- En cas de décès du(des) bénéficiaire(s) désigné(s) plus haut, le pourcentage est équivalent.

Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case	
			Révocable	Irrévocable
1 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fiduciaire pour un bénéficiaire mineur (sans objet au Québec)

- Si un mineur est désigné comme bénéficiaire, il est suggéré qu'une fiducie soit constituée afin de veiller à toute demande de réclamation éventuelle (non applicable au Québec).
- Si une fiducie est constituée, fournir les renseignements ci-dessous.

Nom du bénéficiaire mineur	Prénom du bénéficiaire mineur	Nom complet du fiduciaire	Lien avec l'assuré
----------------------------	-------------------------------	---------------------------	--------------------

Bénéficiaire(s) Principal 2

Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case		Quote-part % Total 100 %
			Révocable	Irrévocable	
1 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Bénéficiaire(s) subsidiaire(s) Principal 2

- En cas de décès du(des) bénéficiaire(s) désigné(s) plus haut, le pourcentage est équivalent.

Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case	
			Révocable	Irrévocable
1 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fiduciaire pour un bénéficiaire mineur (sans objet au Québec)

- Si un mineur est désigné comme bénéficiaire, il est suggéré qu'une fiducie soit constituée afin de veiller à toute demande de réclamation éventuelle (non applicable au Québec).
- Si une fiducie est constituée, fournir les renseignements ci-dessous.

Nom du bénéficiaire mineur	Prénom du bénéficiaire mineur	Nom complet du fiduciaire	Lien avec l'assuré
----------------------------	-------------------------------	---------------------------	--------------------

Section 12 : Garantie(s) demandée(s) AcciGarde – assurance accident

Nom de la garantie	Indemnité de base		Durée (en mois)		Prime modale
Rente d'invalidité suite à un accident	<input type="checkbox"/> 500 \$ / mois	<input type="checkbox"/> 1 000 \$ / mois	<input type="checkbox"/> 6 mois	<input type="checkbox"/> 12 mois	\$
Assurance hospitalisation suite à un accident	<input type="checkbox"/> 50 \$ / jour	<input type="checkbox"/> 100 \$ / jour			\$
Décès ou mutilation accidentels	<input type="checkbox"/> 25 000 \$ – 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 50 000 \$ – 100 000 \$			\$
Assurance fracture par accident	<input type="checkbox"/> 5 000 \$	<input type="checkbox"/> 10 000 \$			\$
Prime contractuelle de base					\$
Prime totale AcciGarde					\$

Section 13 : Paiement des primes

Fréquence de paiement Annuel Mensuel (débits préautorisés - remplir la Section 17)

Paiement de la 1^{re} prime

Chèque ci-joint

Débit préautorisé (fréquence de paiement mensuelle seulement)

Date du chèque | J | J | M | M | A | A | A | A |

Chèque payable à l'ordre de Beneva inc.

Date du 1^{er} débit préautorisé | J | J | M | M | A | A | A | A |

Le 1^{er} débit préautorisé se fera à la date la plus tardive entre le lundi suivant la date indiquée ci-dessus et le lundi suivant la réception de la proposition chez Beneva inc.

Le paiement de la première prime sera encaissé sur réception de cette proposition, à défaut d'avoir précisé une date ci-dessus. Le paiement par débit préautorisé de la première prime sera prélevé à partir du compte bancaire indiqué à la Section 17 et figurant sur le spécimen de chèque inclus avec cette proposition.

Jour de prélèvement

Si aucun choix n'est spécifié, le jour de prélèvement sera la date d'établissement du contrat d'assurance.

Jour de prélèvement à la date d'établissement OU Préciser le jour : _____

Si le jour de prélèvement spécifié est le 29, le 30 ou le 31, le jour de prélèvement sera le 28.

Ajout de garantie(s) au contrat

Chèque ci-joint

Débit préautorisé

Date du chèque | J | J | M | M | A | A | A | A |

Chèque payable à l'ordre de Beneva inc.

Prime proportionnelle	\$
Prime de renouvellement	\$
Prime modale totale des garanties demandées	\$
Somme totale versée	\$

Section 14 : Avis à la personne à assurer et au(x) propriétaire(s)

Avis relatif aux dossiers et aux renseignements personnels

Beneva inc. avise la personne à assurer que les renseignements recueillis pour apprécier les risques, l'établissement de la prime et l'analyse des réclamations sont versés dans un dossier dont l'objet est « **Assurances de personnes** ». Seuls les préposés, mandataires ou représentants de Beneva inc. et les personnes autorisées par la personne à assurer ont accès à ce dossier lorsque requis pour l'exercice de leurs fonctions, l'exécution de leurs mandats ou pour des fins autorisées par la personne à assurer. Ce dossier est détenu au bureau de Beneva Inc. La personne à assurer a le droit d'avoir accès aux renseignements personnels qui y sont contenus et, le cas échéant, de les faire rectifier. Pour se prévaloir de son droit d'accès ou de rectification, la personne à assurer doit transmettre sa demande par écrit à Beneva inc. au 1225, rue Saint-Charles Ouest, bureau 200, Longueuil (Québec) J4K 0B9, à l'attention du responsable de l'accès à l'information.

Section 15 : Questionnaire médical

Cette section s'applique aux garanties suivantes :

1. **Garanties d'accident-maladie** - remplir la Partie 1. Pour les garanties AcciGarde, remplir la Section 1 seulement.
2. **Garantie indemnités d'invalidité accidentelle et DMA** - remplir la Partie 2
3. **Garantie fracture par accident** - remplir la Partie 3
4. **Garantie MaturVie** - remplir la Partie 4
5. **Garantie MaturVie privilège** - remplir la Partie 5

Partie 1 – Accident-maladie	Oui	Non
1. a) Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous été ou vous a-t-on recommandé d'être : - hospitalisé ou opéré pour des problèmes cardio-vasculaires ou cérébro-vasculaires? - hospitalisé, opéré ou traité pour un cancer ou une tumeur maligne?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous subi ou un médecin vous a-t-il recommandé de subir des tests pour dépistage du cancer dont le résultat n'est pas encore connu ou révèle la présence d'un cancer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous déjà reçu un diagnostic du syndrome immunodéficientaire acquis (SIDA), de toute affection reliée au SIDA, de toute autre déficience du système immunitaire ou subi des tests ayant donné un résultat séropositif au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous été ou êtes-vous atteint d'une maladie respiratoire ou pulmonaire nécessitant l'utilisation d'un appareil respiratoire autre que CPAP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous fait ou faites-vous usage de narcotiques, cocaïne ou autres drogues (exclure le cannabis), ou avez-vous déjà été traité pour abus d'alcool ou de drogue, ou avez-vous été conseillé à ce sujet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Êtes-vous présentement dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'une des activités suivantes :		
a) manger b) vous habiller c) utiliser les toilettes d) vous laver et entretenir votre personne e) vous transférer du lit à un fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Souffrez-vous d'une des maladies suivantes :		
a) cirrhose du foie b) démence vasculaire c) hépatite C d) maladie d'Alzheimer e) maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous fait une crise d'épilepsie depuis les cinq (5) dernières années?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. a) Si vous souffrez de diabète, avez-vous été diagnostiqué par un médecin ou un ophtalmologiste pour des troubles de la vision et/ou des globes oculaires ou pour des problèmes rénaux reliés à votre diabète?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Si vous souffrez de diabète, avez-vous subi une amputation reliée à votre diabète au cours des cinq (5) dernières années?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Êtes-vous insulino-dépendant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous fait l'objet d'une suspension de permis de conduire pour une raison autre qu'une raison médicale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour la garantie Assurance de soins complémentaires (MS37), répondez également à la question 10 :

10. Avez-vous été ou êtes-vous atteint d'une maladie respiratoire ou pulmonaire nécessitant l'utilisation d'un appareil respiratoire? Oui Non

Partie 2 – Indemnités d'invalidité accidentelle et DMA (si les questions de la Partie 1 ont toutes été répondues, il n'est pas requis de remplir la Partie 2) Oui Non

1. Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous fait l'objet d'une suspension de permis de conduire pour une raison autre qu'une raison médicale? Oui Non

Partie 3 – Fracture par accident Oui Non

1. Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous fait l'objet d'une suspension de permis de conduire pour une raison autre qu'une raison médicale? Oui Non

2. Avez-vous été diagnostiqué par un médecin pour des troubles d'ostéoporose ou de dégénérescence discale? Oui Non

Section 15 : Questionnaire médical (suite)

Partie 4 – MaturVie		Oui	Non
1.	Êtes-vous actuellement hospitalisé ou alité dans une clinique, un hôpital, un établissement de soins de longue durée, ou un centre d'accueil pour personne en perte d'autonomie physique ou mentale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous été diagnostiqué ou été traité pour toute forme de cancer ou tumeur maligne (autre que le carcinome basocellulaire)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Avez-vous reçu un diagnostic du syndrome immunodéficientaire acquis (SIDA) ou de toute affection reliée au SIDA (ARS), ou subi des tests ayant donné un résultat séropositif au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	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 la réponse est « Non », la classe de prime sera NON-FUMEUR. Si la réponse est « Oui », la classe de prime sera FUMEUR.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour un capital assuré supérieur à 35 000 \$, veuillez aussi répondre aux questions suivantes.			
5.	Au cours des deux (2) dernières années, une demande d'assurance vie vous a-t-elle été refusée ou remis à plus tard?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous été hospitalisé pour l'une des conditions suivantes : angine, infarctus, défaillance cardiaque ou cardiomyopathie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous reçu un diagnostic ou subi des traitements pour des maladies telles que sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig), paralysie bulbaire progressive, ou toute autre maladie terminale incurable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partie 5 – MaturVie <i>privilège</i>		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 la réponse est « Non », la classe de prime sera NON-FUMEUR. Si la réponse est « Oui », la classe de prime sera FUMEUR.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Au cours des deux (2) dernières années, une demande d'assurance vie vous a-t-elle été refusée ou remis à plus tard autre que pour une assurance collective ou assurance hypothécaire collective? Si vous avez répondu « Oui » à la question 2, vous ne vous qualifiez malheureusement pas pour MaturVie <i>privilège</i>, cependant, vous pourriez vous qualifier pour MaturVie <i>privilège</i> option différée si vous répondez « Non » à toutes les questions ci-dessous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Êtes-vous actuellement hospitalisé ou alité dans une clinique, un hôpital, un établissement de soins de longue durée, ou un centre d'accueil pour personne en perte d'autonomie physique ou mentale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous été diagnostiqué, hospitalisé ou été traité (autre que médicaments) pour l'une des conditions suivantes : a) Toute forme de cancer ou tumeur maligne (autre que le carcinome basocellulaire) b) Angine, infarctus, défaillance cardiaque ou cardiomyopathie c) Accident vasculaire cérébral (AVC) d) Maladie respiratoire chronique ayant nécessité l'administration d'oxygène e) Maladie rénale chronique f) Coma diabétique ou choc insulinique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Au cours des deux (2) dernières années, vous a-t-on prescrit un nouveau médicament ou un changement de dosage de votre médicament pour l'une des conditions suivantes : a) Toute forme de cancer ou tumeur maligne (autre que le carcinome basocellulaire) b) Angine, infarctus, défaillance cardiaque ou cardiomyopathie c) Maladie rénale chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Avez-vous déjà été diagnostiqué ou traité pour les maladies suivantes : a) Maladie d'Alzheimer ou démence b) Sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous reçu une greffe d'organe ou de moelle osseuse, ou vous a-t-on avisé que votre condition en nécessitait une?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Avez-vous reçu un diagnostic du syndrome immunodéficientaire acquis (SIDA) ou de toute affection reliée au SIDA (ARS), ou subi des tests ayant donné un résultat séropositif au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Avez-vous reçu un diagnostic ou subi des traitements pour toute maladie terminale incurable pour laquelle vous avez été avisé que vous aviez moins de douze (12) mois à vivre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 16 : Déclaration d'assurabilité

Cette section s'applique aux garanties suivantes :

1. **Garantie Assurance cancer** – La personne à assurer doit respecter les déclarations de la partie 1 pour se prévaloir de la garantie Assurance cancer.
2. **Avenant maladies graves** – La personne à assurer doit respecter les déclarations de la partie 1 et de la partie 2 pour se prévaloir de l'Avenant maladies graves.
3. **Avenant maladies graves plus** – La personne à assurer doit respecter les déclarations de la partie 1, de la partie 2 et de la partie 3 pour se prévaloir de l'Avenant maladies graves plus.

Partie 1 – Garantie Assurance cancer, Avenant maladies graves et Avenant maladies graves plus

1. Je déclare qu'au cours de ma vie :
 - a) Je n'ai pas reçu un diagnostic de cancer ou de tumeur maligne, présenté des signes ou des symptômes de cancer, consulté un médecin ou subi des tests ayant donné des résultats anormaux à l'égard du cancer; je ne suis pas en attente d'un test ou d'un examen prescrit par un médecin concernant le cancer et je n'ai pas subi des tests à l'égard du cancer dont j'attends les résultats;
 - b) Je n'ai pas reçu un diagnostic du syndrome immunodéficientaire acquis (SIDA) ou subi des tests ayant donné un résultat séropositif au virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
2. Si j'ai retenu l'option non-fumeur, je déclare ne pas avoir fait usage de tabac, ni de produit contenant de la nicotine comme 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 au cours des douze (12) derniers mois.

Partie 2 – Avenant maladies graves et Avenant maladies graves plus

3. Je déclare qu'à ce jour, je n'ai jamais été diagnostiqué, présenté des symptômes, consulté un médecin, subi un test donnant des résultats anormaux ou été en attente d'un test, à l'égard des affections suivantes :
 - a) Angine, crise cardiaque (infarctus du myocarde), douleur thoracique, insuffisance cardiaque, accident vasculaire cérébral (AVC), ischémie cérébrale transitoire (ICT), ECG anormal ou tout autre trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins
 - b) Diabète
 - c) Hépatite
 - d) Insuffisance rénale chronique
4. Je déclare qu'au cours des cinq (5) dernières années, je n'ai jamais fait usage de narcotiques, cocaïne ou autres drogues (exclure le cannabis), ou déjà été traité pour abus d'alcool ou de drogue ou été conseillé à ce sujet.
5. Je confirme qu'au plus un membre de ma famille immédiate (père, mère, frère, sœur) a eu, avant l'âge de soixante (60) ans, une crise cardiaque (infarctus du myocarde), un accident vasculaire cérébral (AVC), le diabète ou une ischémie cérébrale transitoire (ICT).
6. Je confirme que mon poids actuel n'excède pas le poids maximal selon ma taille indiquée dans le tableau ci-après :

Taille		Poids maximal		Taille		Poids maximal	
Pieds	Centimètres	Livres	Kilogrammes	Pieds	Centimètres	Livres	Kilogrammes
5'0" et moins	152 cm et moins	173	78	5'9"	175 cm	229	104
5'1"	155 cm	179	81	5'10"	178 cm	236	107
5'2"	157 cm	185	84	5'11"	180 cm	243	110
5'3"	160 cm	191	87	6'0"	183 cm	250	113
5'4"	163 cm	197	89	6'1"	185 cm	257	117
5'5"	165 cm	204	93	6'2"	188 cm	264	120
5'6"	168 cm	210	95	6'3"	191 cm	271	123
5'7"	170 cm	216	98	6'4"	193 cm	278	127
5'8"	173 cm	223	101	6'5" et plus	196 cm et plus	286	130

Partie 3 – Avenant maladies graves plus

7. Je confirme que je ne suis actuellement pas hospitalisé ou alité dans une clinique, un hôpital, un établissement de soins de longue durée, ou un centre d'accueil pour personnes en perte d'autonomie physique ou mentale.
8. Je déclare que je peux effectuer toutes les activités suivantes sans recourir à l'assistance d'une tierce personne :
 - a) se nourrir
 - b) se vêtir
 - c) utiliser les toilettes
 - d) se laver
 - e) entrer ou sortir du lit
 De plus, je déclare être continent.
9. Je déclare qu'à ce jour, je n'ai jamais été diagnostiqué, présenté des symptômes, consulté un médecin, subi un test donnant des résultats anormaux ou été en attente d'un test, à l'égard des affections suivantes :
 - a) Sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, affection du motoneurone, paralysie, démence ou toute autre affection du cerveau ou trouble neurologique
 - b) Dystrophie musculaire
 - c) Sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig)
10. Je déclare qu'au cours des cinq (5) dernières années, je n'ai fait aucune crise d'épilepsie.
11. Je confirme qu'aucun membre de ma famille immédiate (père, mère, frère, sœur) n'a eu, avant l'âge de soixante-cinq (65) ans, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la démence ou l'affection du motoneurone.

Section 17 : Accord de débits préautorisés (DPA)

1. 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 (ou annuels) 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.
2. 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.
3. Je comprends qu'en fonction du produit choisi, un paiement mensuel entraînera une prime annualisée supérieure.
4. 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.
5. 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.
6. Je consens à ce qu'un prélèvement soit effectué dans mon compte chaque mois (ou chaque année) le jour indiqué dans la proposition d'assurance ou le jour ouvrable suivant.
7. J'accepte, aux fins du présent Accord, que tous les DPA prélevés de mon compte soient considérés comme des DPA personnels.
8. **J'accepte et je comprends que Beneva inc. ne m'avisera pas avant chaque DPA.**
9. Dans le cas où je demande à Beneva inc. de changer le montant du DPA, je renonce à mon droit de recevoir un préavis.
10. 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.
11. Je comprends que Beneva inc. se réserve le droit de résilier le présent Accord sur préavis écrit de quinze (15) jours.
12. 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.
13. 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 du 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 _____ **X** _____
 (en caractères d'imprimerie) Signature Date

Nom du titulaire du compte ou de la personne autorisée _____ **X** _____
 (en caractères d'imprimerie) Signature Date

Section 18 : Avis aux personnes à assurer et au(x) propriétaire(s)

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.

Section 19 : Déclarations**Les soussignés:**

1. Certifient avoir pris connaissance des conditions d'admissibilité à la Section 1 : Conditions d'admissibilité et déclarent que la personne à assurer est admissible en fonction de ces conditions.
2. **Déclarent qu'aucune garantie comportant des indemnités mensuelles d'invalidité n'a été demandée pour la personne à assurer si la personne à assurer est en état d'invalidité totale et permanente ou en invalidité totale.**
3. **Déclarent avoir pris connaissance des EXCLUSIONS et LIMITATIONS afférentes aux garanties et contenues dans la brochure MaturSanté et/ou MaturVie dont ils confirment avoir reçu copie.**
4. Déclarent que toutes les réponses données à l'intérieur du présent document sont véridiques, complètes et ont été fidèlement reproduites et font partie de la proposition d'assurance auprès de Beneva inc. Les soussignés consentent à ce que ces réponses servent de base au contrat d'assurance demandé ou à la demande de modification. Toute fausse déclaration ou réticence de la personne à assurer sur des circonstances connues d'elle 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 Beneva Inc., la nullité du contrat même en ce qui concerne les sinistres non rattachés aux risques ainsi dénaturés.
5. Certifient que les déclarations mentionnées à la Section 16 : Déclaration d'assurabilité sont véridiques.
6. **Déclarent avoir pris connaissance que Beneva inc. n'assume aucune obligation à moins que cette demande ait été signée par la personne à assurer, par le propriétaire et le conseiller en sécurité financière / représentant autorisé, que la première prime ait été payée et que la proposition ainsi que le questionnaire médical afférents aient été acceptés par Beneva inc.**
7. Déclarent 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. Les soussignées conviennent que le fait de soumettre leur proposition enclenche l'activation de ces fonctions.
8. Déclarent 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.
9. Déclarent avoir pris connaissance de l'avis concernant la protection des renseignements personnels et en accepter les conditions.
10. **Déclarent avoir pris connaissance que toute nouvelle proposition prend effet à sa date d'acceptation par Beneva inc., à la condition qu'elle ait été acceptée sans modification, que le paiement de la première prime ait été effectué et qu'aucun changement dans l'assurabilité de la personne à assurer ne soit survenu entre la date de la signature de la proposition et la date d'entrée en vigueur du contrat. Toute demande de modification ou d'ajout de garantie(s) au contrat prend effet au quantième du contrat suivant la date d'acceptation de la demande par Beneva inc. à la condition que la demande de modification ou d'ajout ait été acceptée sans modification, que le paiement de la prime ait été effectué et qu'aucun changement dans l'assurabilité de la personne à assurer ne soit survenu entre la date de la signature de la demande de modification ou d'ajout et la date d'entrée en vigueur de la modification ou l'ajout. Toute demande d'annulation de garantie(s) prend effet au quantième du contrat suivant la date de réception de la demande par Beneva inc.**

Signée à (ville et province)

X

Signature de la personne à assurer

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

X

Signature du propriétaire

Section 20 : 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.

_____	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	

Section 21 : Déclarations et signature(s) du conseiller en sécurité financière / représentant et du superviseur

_____	_____	_____	
Nom du conseiller en sécurité financière / représentant autorisé (en caractères d'imprimerie)	Part en %	Code	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Référence
Nom du conseiller en sécurité financière / représentant autorisé en partage de commissions (en caractères d'imprimerie)	Part en %	Code	
_____	X	_____	
Nom du superviseur (en caractères d'imprimerie)	Signature du superviseur		

Je confirme avoir remis le document « **Communication de renseignements concernant les conseillers** » au propriétaire lequel l'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 accident-maladie;
- 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 la demande a été signée.
À ma connaissance, les renseignements fournis dans cette demande d'assurance sont exacts.

_____	X	_____	J J M M A A A A
Nom du conseiller en sécurité financière / représentant autorisé (en caractères d'imprimerie)	Signature du conseiller en sécurité financière / représentant autorisé	Date	

Cet avis doit être remis au client en tout temps.

Section 22 : Reçu du client

Toute nouvelle proposition prend effet à sa date d'acceptation par Beneva inc., à la condition qu'elle ait été acceptée sans modification, que le paiement de la première prime ait été effectué et qu'aucun changement dans l'assurabilité de la personne à assurer ne soit survenu entre la date de la signature de la proposition et la date d'entrée en vigueur du contrat. Toute demande de modification ou d'ajout de garantie(s) au contrat prend effet au quantième du contrat suivant la date d'acceptation de la demande par Beneva inc. à la condition que la demande de modification ou d'ajout ait été acceptée sans modification, que le paiement de la prime ait été effectué et qu'aucun changement dans l'assurabilité de la personne à assurer ne soit survenu entre la date de la signature de la demande de modification ou d'ajout et la date d'entrée en vigueur de la modification ou l'ajout. Toute demande d'annulation de garantie(s) prend effet au quantième du contrat suivant la date de réception de la demande par Beneva inc.

Beneva inc. n'assume aucune obligation à moins que cette demande ait été signée par la personne à assurer, le propriétaire et le conseiller en sécurité financière / représentant autorisé, que la première prime ait été payée, que les conditions d'admissibilité aient été respectées et que la proposition et le questionnaire médical afférents aient été acceptés par Beneva inc.

_____ \$ Prime modale reçue	_____ Nom du conseiller en sécurité financière / représentant autorisé (en caractères d'imprimerie)	_____ Code
_____ X Signature du conseiller en sécurité financière / représentant autorisé		_____ Date

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