

GUIDE | Régime d'assurance collective APES BENEVA

Garanties d'assurance		Statuts	Adhésion	Modification
Régimes d'assurance maladie	Maladie Régulier Maladie Plus	Individuel Monoparentale Familial	Participation obligatoire avec droit d'exemption Maladie Régulier avec statut individuel octroyé par défaut en l'absence de choix	Participation minimale de <u>24 mois</u> pour le régime Maladie Plus avant de modifier le choix à la baisse Modification à la hausse et droit d'exemption permis en tout temps En cas d'événement, modification acceptée rétroactivement à la date d'événement si la demande est acheminée dans les 30 jours
Option 1 (obligatoire)	Assurance vie de base de la personne adhérente		Obligatoire 1 fois le salaire annuel brut	
	Assurance salaire longue durée de la personne adhérente		Obligatoire Prestation : 80% du salaire net Durée : tant que dure l'invalidité totale sans excéder l'âge de 65 ans Début des prestations : à compter de la 104 ^e semaine d'invalidité totale + 5 jours ouvrables de carence	
	Assurance soins dentaires	Peut être inférieur ou égal au statut du régime d'assurance maladie Individuel Monoparental Familial	Obligatoire avec droit d'exemption	
Option 2 (facultatif)	Assurance vie des personnes à charge (conjoint & enfants)	Obligatoire avec les statuts : Monoparental Familial	5 000\$ au décès de la personne conjointe assurée 5 000\$ au décès de chaque enfant à charge assuré	
	Assurance vie additionnelle de la personne adhérente		1 à 3 fois le salaire annuel brut Preuves d'assurabilité requises en tout temps	
	Assurance vie additionnelle de la personne conjointe		5 à 20 tranches de 5 000\$ Preuves d'assurabilité requises en tout temps	

*Le personnel retraité et les étudiants en pharmacie ne sont pas éligibles à l'assurance collective.

GUIDE | Régime d'assurance collective APES BENEVA

beneva

LA PERSONNE ADHÉRENTE DOIT REMPLIR LES SECTIONS 1-2-3-7 ET LES SECTIONS 4 ET 6 SI NÉCESSAIRE
L'EMPLOYEUR DOIT REMPLIR LA SECTION 5

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

1 Renseignements généraux - Personne adhérente

Nom: _____ Prénom: _____ N° d'assurance sociale: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____

Courriel: _____ N° tél. au travail: _____ N° tél. à la résidence: _____

Date de naissance: _____ Sexe à la naissance: ☐ M ☐ F Communication: ☐ Fr ☐ Ang

Êtes-vous déjà assuré(e) par Beneva? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, votre N° de certificat: _____

Est-ce une demande pour un transfert d'un établissement à un autre? ☐ Non ☐ Oui

Événement justifiant la demande de changement: Indiquez la date de l'événement: _____ (Pour les points 1 à 7)

1. COHABITATION (Vie maritale) ☐ 2. MARIAGE OU UNION CIVILE* ☐ 3. ADOPTION* ☐ 4. NAISSANCE ☐ 5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT ☐ 6. SÉPARATION* ☐ 7. DIVORCE* ☐

→ 1.1 Un enfant est-il issu de l'union? ☐ Si oui, date de naissance de l'enfant: _____

* Complétez la section 4 s'il y a lieu.

2 Régimes

	Adhésion				Changement					
	IND	MONO	COUPLE	FAM	EXEMPTION	IND	MONO	COUPLE	FAM	EXEMPTION
1 RÉGIME DE BASE D'ASSURANCE MALADIE (OBLIGATOIRE) (voir note 1 au verso) Maladie Régulière Maladie Plus (Durée minimale de participation de 24 mois)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I (OBLIGATOIRE) (voir note 2 au verso) a) Assurance frais dentaires b) Assurance salaire de longue durée c) Assurance vie de l'adhérent (1 fois le salaire)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE II (FACULTATIF) (voir notes 2 et 3 au verso) a) Assurance vie additionnelle de l'adhérent (1 à 3 fois le salaire) b) Assurance vie des personnes à charge c) Assurance vie additionnelle du conjoint (5 à 20 tranches de 5 000 \$)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3 Bénéficiaire

Je désigne comme bénéficiaire (au décès):

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

Le bénéficiaire est révocable* ☐ (peut être changé en tout temps)

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

Nom(s) du(des) bénéficiaire(s): _____

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

4 Désignation de la personne conjointe

si assurance vie additionnelle demandée en 2.3 c)

Nom: _____ Prénom: _____ Date de naissance: _____ Sexe à la naissance: ☐ F ☐ M

Dans le présent document, Beneva désigne Beneva inc.



DEMANDE D'ADHÉSION
DEMANDE DE CHANGEMENT

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

5 Employeur

Nom de l'organisme: **RESERVÉ À L'EMPLOYEUR**

N° d'établissement: _____ N° de groupe: **P**

N° d'employé: _____ Date d'embauche: _____ Date d'admissibilité: _____ Reçu de l'employé: _____

STATUT D'ENGAGEMENT ET DÉLAI D'ADMISSIBILITÉ

• personne salariée embauchée à temps complet ou à 70% ou plus du temps complet dans un poste (1 mois) ☐

• personne salariée embauchée dans une catégorie d'emploi autre que la précédente (3 mois) sauf pour le régime d'assurance maladie (1 mois) ☐

ABSENCE DU TRAVAIL?

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

☐ Non ☐ Oui Si oui, raison: _____

Date du début de l'absence: _____

La personne adhérente: ☐ a maintenu sa participation ☐ a suspendu sa participation (sauf le régime d'assurance maladie)

POURCENTAGE DE TEMPS TRAVAILLÉ

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

☐ participer à l'assurance
☐ de cesser de participer à l'assurance
☐ ne pas participer à l'assurance (Voir note 4 au verso)

DIMINUTION DE PROTECTION

Date de prise d'effet de la diminution: _____

SALAIRE ANNUEL SELON LA CONVENTION COLLECTIVE
(comme si 100% du temps plein) _____ \$ l'année

Je certifie que les renseignements sont exacts et complets.

Date: _____ Nom du représentant de l'employeur (lettres-moussées): _____

N° tél. _____ Poste: _____

Signature du représentant de l'employeur: _____

Exemption

☐ Début d'exemption ► Date de début d'exemption: _____

☐ Fin d'exemption ► Date de la fin d'exemption: _____

Remarques

6 Déclaration de personne non-fumeuse

Je soussigné(e), déclare être une personne non-fumeuse et n'avoir fumé aucun produit de tabac tel que cigarette, cigare ou pipe, ni aucune drogue au cours des douze (12) derniers mois. Il est entendu que Beneva peut demander périodiquement une confirmation de ce statut. À défaut de répondre, la personne assurée perd ce statut et ne bénéficie plus de la réduction de primes qui s'y rattache à compter de la date de la demande de Beneva. Je reconnais également que toute fausse déclaration ou réticence peut entraîner la nullité de la protection.

Date: _____ si assurance(s) vie additionnelle(s) demandée(s) en 2.3 a) ou 2.3 c)

Signature de la personne adhérente: _____

Signature de la personne conjointe: _____

7 Signature

J'autorise mon employeur et Beneva inc. à recueillir, utiliser et communiquer mes renseignements personnels dans le cadre de l'administration de mon contrat d'assurance collective. Je reconnais de plus avoir pris connaissance de l'avis concernant la protection des renseignements personnels et certifie que les renseignements inscrits sont exacts et complets. J'autorise mon employeur et Beneva inc. à recueillir, utiliser et communiquer mon numéro d'assurance sociale à des fins d'identification. J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les primes requises en vertu des régimes que j'ai choisis.

Date: _____ Signature de la personne adhérente: _____

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Québec

FV3135F (2025-02)