

GUIDE | Régime d'assurance collective APTS BENEVA

Garanties d'assurance		Statuts	Adhésion	Modification
Régimes d'assurance maladie	Maladie de base	Individuel	Participation obligatoire avec droit d'exemption	Participation minimale de <u>24 mois</u> pour les régimes Maladie intermédiaire et Maladie supérieur avant de modifier le choix à la baisse
	Maladie intermédiaire Maladie supérieur	Monoparentale Couple Familial	Maladie de base avec statut individuel octroyé par défaut en l'absence de choix	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	Assurance vie de base de la personne adhérente		Obligatoire avec droit de renonciation si vous avez une assurance vie privée de 25 000\$ ou plus 1 fois le salaire annuel brut	
	Assurance en cas de mutilation de la personne adhérente		Obligatoire De 15 000\$ à 60 000\$, selon le type de perte accidentelle	
	Assurance vie des personnes à charge (conjoint et enfants)	Obligatoire avec les statuts : Monoparental Couple 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		Participations facultative Prérequis : assurance vie de base de la personne adhérente 1,2 ou 3 fois le salaire annuel brut Preuves d'assurabilité requises en tout temps	
	Assurance vie additionnelle de la personne conjointe		Participations facultative 1 à 10 unités de 10 000\$ Preuves d'assurabilité requises en tout temps	
	Assurance salaire longue durée de la personne adhérente		Obligatoire avec droit de retrait Prestation : 72% du salaire net Durée : tant que dure l'invalidité totale sans excéder l'âge de 65 ans Début des prestations : à compter de la 105 ^e semaine d'invalidité totale	
Option 3	Assurance soins dentaires	Inférieur ou égal au statut du régime d'assurance maladie Individuel Monoparental Couple Familial	Participation facultative Participation minimale de 48 mois avant de pouvoir y mettre fin Exemption possible avant la fin de la participation minimale en montrant la preuve d'une assurance soins dentaires ailleurs	

*Le personnel retraité n'est pas éligible à l'assurance collective.

GUIDE | Régime d'assurance collective APTS 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, succursale Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6

1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

1.1 Nom

1.2 Prénom

1.3 N° d'assurance sociale

2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

2.1 Adresse

2.2 Code postal

2.3 N° tél. au travail

2.4 N° tél. à la résidence

2.5 Date de naissance

2.6 Sexe à la naissance

2.7 Communication

2.1 Courriel

DÉSIGNATION DE LA PERSONNE CONJOINTE

Nom

Prénom

Date de naissance

Sexe à la naissance

3 RÉGIMES

3.1 RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (obligatoire)

Ind

Mono

Couple

Fam

Exemption

3.2 RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES (facultatif)

Ind

Mono

Couple

Fam

Exemption*

Retrait

3.3 RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I (obligatoire)

a) Assurance vie de base de la personne adhérente

Obligatoire (voir note 5 au verso)

b) Assurance vie additionnelle de la personne adhérente

Obligatoire (voir note 6 au verso)

c) Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge

Obligatoire (voir note 6 au verso)

d) Assurance vie additionnelle de la personne conjointe

Obligatoire (voir note 6 au verso)

e) Assurance salaire de longue durée

Obligatoire

4 BÉNÉFICIAIRE

Nom(s) du(des) bénéficiaire(s) :

Je désigne comme bénéficiaire (au décès) :

Conjoint(e) légale(1) Conjoint(e) de fait (7) Fils-filles (2) Conjoint(e) légale(1) 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)

OU

La somme assurée sera payable à la succession de la personne adhérente

DEMANDE D'ADHÉSION
Remplir les sections pertinentes DEMANDE DE CHANGEMENT

5 EMPLOYEUR RÉSERVÉ À L'EMPLOYEUR

5.1 NOM DE L'ORGANISME

5.2 N° D'ÉTABLISSEMENT

5.3 N° DE GROUPE

5.4 N° D'EMPLOÏÉ

5.5 Date d'emploi

5.6 Date d'admissibilité

5.7 Reçu de l'employé

5.8 STATUT D'ENGAGEMENT ET DÉLAI D'ADMISSIBILITÉ

+ personne salariée dans un emploi permanent travaillant à 70% ou plus du temps plein (1 mois)

+ personne salariée engagée dans une catégorie autre que la précédente (3 mois)

+ pourcentage du temps travaillé

5.9 EST-CE QUE LA PERSONNE ADHÉRENTE EST PRÉSENTEMENT ABSENTE DU TRAVAIL?

Non

Oui

Si oui, raison

5.9.1 Date du début de l'absence

La personne adhérente en congé sans rémunération de plus de 28 jours choisit de :

5.9.2 maintenir sa participation à l'ensemble des régimes auxquels elle participe

5.9.3 maintenir uniquement sa participation au régime maladie auquel elle participe

5.9.4 maintenir uniquement sa participation au régime maladie de base

5.10 RÉVISION DU POURCENTAGE DU TEMPS TRAVAILLÉ

Le pourcentage de temps travaillé de cette personne à diminué à 25% ou moins du temps complet au cours de la période de référence. Elle choisit de :

5.10.1 maintenir sa participation à l'ensemble des régimes auxquels elle participe (et doit participer aux garanties prévues à la convention collective)

5.10.2 maintenir uniquement sa participation au régime maladie auquel elle participe

5.10.3 participer uniquement au régime maladie de base

5.11 SALAIRE ANNUEL SELON LA CONVENTION COLLECTIVE (comme si 100% du temps plein)

\$ / année

5.12 JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS SONT EXACTS ET COMPLETS.

Nom du représentant de l'employeur (lettres moulées)

N° tél. ()

Poste

Signature du représentant de l'employeur

5.13 EXEMPTION (Voir note 3 au verso)

5.13.1 Début d'exemption

5.13.2 Régime d'assurance maladie

5.13.3 Régime d'assurance soins dentaires

5.13.4 Fin d'exemption

5.13.5

5.13.6 Fournir la preuve de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption.

5.14 REMARQUES

6 DÉCLARATION DE PERSONNE NON-FUMEUSE - pour l'assurance vie additionnelle

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

Pour vous-même Pour votre personne conjointe

6.1 Date : 6.2 Signature :

6.3 Date : 6.4 Signature :

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.

7.1 Date : 7.2 Signature de la personne adhérente :

Dans le présent document, Beneva désigne Beneva inc.

FV3798F (2025-01)

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