beneva

DEMANDE DE PRESTATIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ
Frais généraux

POUR ASSURER LE TRAITEMENT RAPIDE DE LA DEMANDE, VEUILLEZ JOINDRE À CETTE RÉCLAMATION, LES PIÈCES JUSTIFICATIVES CONCERNANT LES FRAIS GÉNÉRAUX MENTIONNÉS CI-DESSOUS OU UN ÉTAT DES RÉSULTATS

Déclaration de la personne assurée

N° de police | N° de certificat | N° Sogemec | N° permis

Spécialité

Nom de l'adhérent | Prénom | ☐ Féminin ☐ Masculin Sexe à la naissance

Adresse

Ville | Province | Code postal

Téléphone principal

☐ J'autorise Beneva inc., ci-après nommée Beneva à laisser des messages concernant mon dossier d'invalidité sur ma boîte vocale.

Adresse courriel*

A A A A M M J J
Date de naissance

*Veuillez fournir cette information seulement si vous autorisez Beneva à communiquer avec vous par courriel.

Veuillez inscrire le mois de l'invalidité concerné par cette demande, les dépenses mensuelles réellement engagées, de façon raisonnable et courante, pour chacun des éléments énumérés ci-dessous. En invalidité partielle seulement, pour déterminer votre revenu net aux fins du calcul de la prestation veuillez soustraire de votre revenu brut le total de vos dépenses.

Mois d'invalidité : | Revenu brut gagné en invalidité partielle : $ | Revenu net en invalidité partielle : $

Frais généraux	**Montant**
Salaire de vos employés, contribution de l'employeur aux régimes d'assurance collective et de retraite des employés ainsi que les contributions à toute autre charge sociale	$
Services publics (électricité, téléphone, eau)	$
Loyer ou frais de location équivalents, taxes, intérêt/capital d'un plan hypothécaire pour l'espace qu'occupe votre cabinet	$
Blanchisserie, conciergerie et entretien	$
Honoraires pour services professionnels (comptabilité, contentieux ou facturation)	$
Frais de crédit-bail (si pas assuré) ou frais équivalents, taxes, intérêt/capital pour mobilier, équipement ou matériel requis dans l'exercice de votre profession	$
Frais fixes pour l'automobile avec pourcentage de l'utilisation pour le travail (_____ %)	$
Vos contributions aux différentes associations professionnelles	$
Autres dépenses fixes courantes (précisez) : _____	$
_____	$

N.B. Veuillez exclure votre revenu, le revenu de votre remplaçant, le coût des marchandises, les autres fournitures, et les frais dont vous n'étiez pas responsable avant le début de votre invalidité.

Total des dépenses : $

Protection des renseignements personnels

Beneva vous rappelle qu'elle accorde une grande importance à la protection de vos renseignements personnels. Pour en connaître davantage sur nos pratiques, nous vous invitons à consulter notre *Énoncé de confidentialité* au www.beneva.ca.

JE CONFIRME que les déclarations faites dans ce formulaire comme dans toute entrevue personnelle ou téléphonique ayant trait à la présente demande sont, à ma connaissance, véridiques et complètes.

Nom et prénom de la personne ayant rempli le formulaire (en majuscules)

Signature de la personne ayant rempli le formulaire | A A A A M M J J Date

Signature de la personne assurée | A A A A M M J J Date