

Nature de la demande :  Invalidité – perte de revenu  Invalidité – frais de bureau  Exonération des primes

**POUR ASSURER LE TRAITEMENT RAPIDE DE LA DEMANDE,  
VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET OBTENIR TOUTES LES SIGNATURES REQUISES.**

### 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\* \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

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

### Renseignements financiers

Structure d'entreprise :  Travailleur autonome  Incorporation (inc.)  Société en nom collectif (SENC) (Veuillez fournir la preuve de la quote-part)  Salarié

Veuillez indiquer la méthode comptable utilisée\*\* :

Comptabilité de caisse (Revenu comptabilisé lors de l'encaissement et la dépense lorsqu'elle est payée)

Comptabilité d'exercice (Revenu comptabilisé lorsqu'il est gagné et la dépense lorsqu'elle est engagée)

\*\*Ne pourra pas être modifié en cours d'invalidité.

1. Détenez-vous une assurance invalidité perte de revenu et/ou invalidité frais de bureau (individuelle, collective ou groupe association) auprès d'un autre assureur? Si oui, veuillez remplir le tableau suivant :

Assureur	Numéro de contrat	Type de produit	Délai de carence	Montant de la protection mensuelle	Date de mise en vigueur

Je ne détiens aucune autre garantie d'assurance invalidité.

2. Avez-vous d'autres sources de revenu?  Non  Oui –Veuillez cocher l'un des choix suivants :

Salaire  Vacances  Congés de maladie  Autre : \_\_\_\_\_ Montant mensuel : \_\_\_\_\_ \$

3. Au moment où vous avez cessé de travailler, occupiez-vous un emploi secondaire?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

4. Recevez-vous ou avez-vous l'intention de présenter une demande de prestations à l'un des organismes suivants :

Programme	Non	Si oui						Avez-vous l'intention de contester cette décision?	
		À l'étude	Acceptée	Numéro de référence	Montant	Fréquence des paiements	Refusée	Oui	Non
Commission des normes en santé et sécurité au travail (CNESST) ou autre organisme similaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ \$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou autre organisme similaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ \$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emploi et Développement social Canada (EDSC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ \$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régie des rentes du Québec (RRQ) pour une rente d'invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ \$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime de pensions du Canada (RPC) pour une rente d'invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ \$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ \$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note : Veuillez inclure une copie de toute documentation reçue de ces organismes, incluant l'avis de paiement des prestations.

## Renseignements sur les activités professionnelles

1. Quel est votre horaire normal de travail ? \_\_\_\_\_

Nombre moyen d'heures de travail par semaine ? \_\_\_\_\_

2. Veuillez préciser vos principales fonctions en indiquant le nombre d'heures et le pourcentage de temps consacrés à chacune de ces fonctions :

Fonction	% du temps hebdomadaire	Nombre d'heures

3. Répondre oui ou non aux questions suivantes pour l'année précédent votre arrêt de travail et si vous répondez oui, veuillez expliquer :

a) Vos responsabilités ont-elles été modifiées ?  Oui  Non

Expliquez : \_\_\_\_\_

b) Y a-t-il des changements dans vos tâches?  Oui  Non

Expliquez : \_\_\_\_\_

## Situation actuelle

Depuis quand êtes-vous inapte au travail ? Date         S'agit-il d'un arrêt de travail :  Total  Partiel

1. L'invalidité est-elle attribuable à un accident?  Oui  Non

Lieu de l'accident :  Domicile  Travail  Ailleurs, précisez : \_\_\_\_\_

Date de l'accident

Circonstances : \_\_\_\_\_

S'il s'agit d'un accident d'automobile, vous étiez :  Conducteur  Passager

Si vous n'êtes pas un résident du Québec, veuillez présenter un rapport de police.

2. La période d'invalidité est-elle liée à des problèmes professionnels ?  Non  Oui

Précisez : \_\_\_\_\_

3. Si vous avez repris le travail, date du retour au travail :

4. Si vous n'avez pas repris le travail, quelle est la date probable ou prévue du retour au travail ?

5. Avez-vous été en invalidité au cours des 12 derniers mois?  Oui  Non

Si oui, pourriez-vous nous indiquer si votre arrêt de travail actuel est pour :

La même condition  Une autre condition?

Veuillez préciser les périodes de retour au travail : \_\_\_\_\_

6. Êtes-vous hospitalisé?  Non  Oui

7. Décrivez tous vos symptômes, y compris leur gravité et leur fréquence : \_\_\_\_\_

8. Expliquez en quoi votre état vous empêche de travailler : \_\_\_\_\_

9. Décrivez les tâches de l'emploi que vous ne pouvez plus accomplir : \_\_\_\_\_

10. Y a-t-il d'autres facteurs liés à vos fonctions qui pourraient avoir une influence sur votre retour au travail?

Non  Oui, précisez : \_\_\_\_\_

11. Décrivez brièvement vos activités journalières depuis votre arrêt de travail : \_\_\_\_\_

## Médecins et antécédents

1. Nom de votre médecin traitant : \_\_\_\_\_

Date de la première visite

Adresse : \_\_\_\_\_

2. Avez-vous été hospitalisé pour cet état de santé ?  Non  Oui Date

Hôpital : \_\_\_\_\_

3. Quand vos symptômes sont-ils apparus ? \_\_\_\_\_

4. Quand avez-vous consulté un médecin pour cet état la première fois ?

5. Avez-vous déjà eu une maladie ou subi une blessure de nature semblable ?  Non  Oui Date

6. Pourriez-vous reprendre votre travail de façon progressive ?  Non  Oui

7. Votre médecin traitant vous a-t-il prescrit une médication ?  Non  Oui

En l'occurrence, la prenez-vous régulièrement ?  Non  Oui

8. Au cours des deux dernières années précédant votre arrêt de travail, avez-vous consulté un médecin ou un professionnel de la santé ou été hospitalisé pour des problèmes de santé reliés à votre arrêt de travail actuel? \*  Non  Oui

\* À remplir si vous êtes assurés depuis moins de deux ans.

Maladie	Date de consultation ou du traitement	Traitement prescrit, médicaments, autre	Nom et adresse du médecin
	A   A   A   A   M   M   J   J		
	A   A   A   A   M   M   J   J		
	A   A   A   A   M   M   J   J		
	A   A   A   A   M   M   J   J		

### Confirmation et autorisation de l'adhérent

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. IL EST ENTENDU ET CONVENU que ces déclarations constituent la base de tout règlement consenti par suite de la présente demande.

#### J'AUTORISE PAR LA PRÉSENTE

- (i) tout fournisseur de soins de santé ou professionnel de la santé, tout organisme ou établissement de santé, le Bureau de renseignements médicaux, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute agence d'enquête ou d'évaluation du crédit, toute commission de la santé et de la sécurité au travail, l'administrateur de la Police, à communiquer à Beneva inc., ainsi que toute autre personne et tout organisme ou établissement public ou privé à communiquer à ou à échanger avec elle, ses employés, ses réassureurs ou les agences agissant en son nom, tout dossier (y compris les notes de médecins) et tout renseignement d'ordre personnel ou médical ainsi que toute information à mon égard qui est nécessaire à l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité;
- (ii) Beneva inc. à échanger avec l'administrateur de la Police toute information en vue d'évaluer ma demande de prestations d'invalidité ou d'examiner les possibilités de réadaptation et de planifier mon retour au travail; et
- (iii) Beneva inc. à communiquer mon dossier à un ou plusieurs médecins de son choix aux fins d'évaluation.

Une photocopie de la présente section « Confirmation et autorisation de l'adhérent » a la même valeur que l'original.

La présente section « Confirmation et autorisation de l'adhérent » n'est valide que pour cette demande de prestations d'invalidité.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'adhérent

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

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Ville

\_\_\_\_\_  
Code postal

\_\_\_\_\_  
Tél. au domicile

\_\_\_\_\_  
Tél. au travail

\_\_\_\_\_  
Poste

Pour Beneva<sup>1</sup>, 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 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  
2525, boulevard Laurier  
Québec (Québec) G1V 2L2  
[responsableprp@beneva.ca](mailto: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 [beneva.ca/fr/notes-juridique-confidentialite/protection-renseignements-personnels](https://beneva.ca/fr/notes-juridique-confidentialite/protection-renseignements-personnels).

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.

1. Le terme « Beneva » signifie Beneva inc., ses sociétés affiliées, leurs mutuelles et ses réseaux de distribution. Les sociétés affiliées de Beneva inc. désignent, Services d'investissement Beneva inc., Société d'assurance Beneva inc., L'Unique assurances générales inc. et Unica assurances inc.