

DEMANDE DE SOUMISSION GROUPE - PLAN G.1111

INFORMATIONS SUR LA SOCIÉTÉ

Nom de l'entreprise:
(nom légal complet de l'entreprise) _____

Adresse de l'emplacement: _____
Rue Ville Province Code postal

Statut légal: Société Partenariat Entreprise individuelle Curateur
 Syndicat Association Autre _____

Nature de l'entreprise (biens ou services fournis): _____

Depuis combien de temps cette compagnie existe-elle? _____

Imprimez les noms et adresses complets de toutes les filiales ou sociétés affiliées qui doivent être couvertes.

Filiale	Affilié	Noms complets et adresses des sociétés
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

L'employeur paiera le pourcentage de prime suivant pour chaque avantage:

Assurance-vie/DMA _____ % Assurance vie à charge _____ % Invalidité de courte durée _____ % Invalidité de longue durée _____ %
 Soins de santé complémentaires _____ % Dentaire _____ %

Date d'entrée en vigueur proposée demandée: _____

PROFIL DU RÉGIME EXISTANT

Nom du ou des transporteurs: _____

Combien de temps avec le(s) transporteur(s) actuel(s): _____ années mois Nombre de transporteurs au cours des cinq dernières années: _____

Pourquoi ce groupe est-il commercialisé? _____

Quel est l'anniversaire de la politique actuelle? _____

Tarifs de renouvellement: Date d'entrée en vigueur des taux de renouvellement (si différente de l'anniversaire du contrat): _____

Assurance-vie _____ /1 000 \$ DMA _____ /1 000 \$ Assurance vie à charge _____ ILD _____ /100 \$ ICD _____ /10 \$
 SSC _____ / célibataire _____ / famille Dentaire _____ / célibataire _____ / famille

Mise en commun de haut niveau/limite de perte d'arrêt _____ \$ par personne assurée salarié (et toutes les personnes à charge couvertes confondues)
 autre _____

Veillez inclure l'historique des taux, des primes et des réclamations par couverture pour les trois dernières années, ainsi qu'un résumé du livret des prestations par classe avec ce formulaire.

ADMISSIBILITÉ

Employés éligibles couvrir	# d'employés éligibles	
<input type="checkbox"/> Permanent à temps plein	_____	Les employés à temps plein doivent travailler au moins _____ heures par semaine.
<input type="checkbox"/> Temps partiel permanent	_____	Les salariés à temps partiel doivent travailler au moins _____ heures par semaine.
<input type="checkbox"/> Saisonnier	_____	Pourcentage d'employés à temps plein participant au régime _____ %
<input type="checkbox"/> Contrat (salarié)	_____	Pourcentage d'employés à temps partiel participant au régime _____ %
<input type="checkbox"/> Contrat (indépendant)	_____	

RENSEIGNEMENTS SUR LES EMPLOYÉS

Si OUI est répondu à l'une des questions suivantes, veuillez fournir des détails ci-dessous ou joindre une page séparée. Pour les questions 1 et 2, indiquez chaque employé, la date de l'invalidité, la date prévue de retour au travail et, si disponible, le diagnostic et le pronostic.

	Oui	Non
1) a. Y a-t-il des employés qui reçoivent actuellement des prestations d'invalidité en vertu d'un régime collectif, de la CSPAAT ou de toute autre source?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. L'assureur actuel a-t-il renoncé à la prime d'assurance-vie pour ces employés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Y a-t-il des employés actuellement absents du travail en raison d'une maladie ou d'une blessure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Y a-t-il des personnes à charge actuellement à l'hôpital? Si OUI, indiquez le ou les employés de la ou des personnes à charge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Y a-t-il des employés NON couverts par la CSPAAT? Si OUI, énumérez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Y a-t-il des employés qui ne sont pas couverts par l'assurance-emploi? Si OUI, énumérez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Y a-t-il eu des changements significatifs dans le nombre d'employés au cours de la dernière année? Si OUI, précisez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Si l'employeur a une couverture actuelle, y a-t-il des employés qui ne sont pas membres de ce régime? Si OUI, énumérez et fournissez des détails.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Des employés se sont-ils déjà vu refuser une couverture collective? Si OUI, précisez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) La participation au régime pour les employés actuels sera-t-elle obligatoire dans le cadre de ce régime?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) La participation au régime des nouveaux employés sera-t-elle obligatoire dans le cadre de ce régime?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ADMINISTRATION

1) Si le groupe a plus d'une classe et/ou emplacement, des factures séparées sont-elles requises pour chaque classe et/ou emplacement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Les factures seront-elles payées par transfert électronique de fonds (TEF)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Les factures seront-elles envoyées par e-mail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Les chèques de réclamation seront-ils envoyés à l'adresse de l'employeur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROFIL DE L'AGENT/COURTIER

Nom _____ Signature _____

Adresse: _____

Téléphone: _____ Agent d'enregistrement actuel: Oui Non

Commentaires de l'agent/courtier: _____

AVANTAGES COLLECTIVES DEMANDÉS - PAR CLASSE

Classe: _____

Les nouveaux employés sont éligibles : Au premier jour d'embauche

Après avoir été employé pendant _____

Après avoir été employé pendant _____ jour(s) mois an(s)

Autre _____

Définition d'enfant à charge: mineur _____ ou mineur _____ si étudiant à temps plein.

<input type="checkbox"/> ASSURANCE-VIE COLLECTIVE	
<input type="checkbox"/> Lié au salaire: _____ x salaire annuel jusqu'à un maximum de _____ \$	<input type="checkbox"/> Prestation forfaitaire: _____ \$
<input type="checkbox"/> Le montant minimum pour les moins de 65 ans est de _____ \$	
<input type="checkbox"/> Réduction de 50% à 65 ans OU <input type="checkbox"/> Aucune réduction à 65 ans OU <input type="checkbox"/> Autre _____	
Fin à l'âge: <input type="checkbox"/> 65 ans ou retraite anticipée <input type="checkbox"/> 70 ans ou retraite anticipée <input type="checkbox"/> Autre _____	
<input checked="" type="checkbox"/> ASSURANCE-VIE OPTIONNELLE	
Multiples de 10 000 \$. Maximum de 300 000 \$ pour l'employé et/ou son conjoint. Fin à l'âge: <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 70	
<input type="checkbox"/> DÉCÈS ACCIDENTEL ET MUTILATION	
<input type="checkbox"/> 1x prestation de assurance-vie Fin à l'âge: <input type="checkbox"/> 65 ans ou retraite anticipée <input type="checkbox"/> 70 ans ou retraite anticipée	
<input type="checkbox"/> 2x prestation de assurance-vie <input type="checkbox"/> Autre _____	
<input type="checkbox"/> ASSURANCE VIE À CHARGE	
Conjoint: _____ \$ Enfant: _____ \$	
Fin à l'âge: <input type="checkbox"/> 65 ans ou retraite anticipée <input type="checkbox"/> 70 ans ou retraite anticipée	
<input type="checkbox"/> Autre _____	
Fin basée sur: <input type="checkbox"/> Âge de l'employé <input type="checkbox"/> Âge de la personne à charge	
<input type="checkbox"/> INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE	
<input type="checkbox"/> STD premier payeur <input type="checkbox"/> Premier payeur de l'assurance-emploi <input type="checkbox"/> Exclusion de l'assurance-emploi Recharger? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Montant de la prestation	_____ % du remboursement hebdomadaire OU Remboursement forfaitaire _____ \$
Bénéfice maximal	<input type="checkbox"/> AE maximum OU <input type="checkbox"/> MNP OU <input type="checkbox"/> MPS OU <input type="checkbox"/> _____ \$
Type de régime	<input type="checkbox"/> Imposable <input type="checkbox"/> Non imposable (l'employé doit payer 100% de la prime ICD)
Délai de carence	Accident: _____ jours Hôpital: _____ jours Maladie: _____ jours
Durée	_____ semaines <input type="checkbox"/> à partir de la date d'invalidité <input type="checkbox"/> à compter de la fin du délai de carence
Compensations RPC/RRQ	<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Plein <input type="checkbox"/> Néant
Couverture pendant le travail	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Clause de condition préexistante	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Exclure les accidents de véhicules à moteur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fin à l'âge	<input type="checkbox"/> 65 ans ou retraite anticipée <input type="checkbox"/> 70 ans ou retraite anticipée <input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE	
Montant de la prestation	_____ % du remboursement mensuel OU _____ % du premier OU remboursement forfaitaire _____ \$ _____ % du prochain _____ % ACV (ajustement au coût de la vie) _____ % du solde
Bénéfice maximal	<input type="checkbox"/> MNP OU <input type="checkbox"/> MPS OU <input type="checkbox"/> _____ \$
Type de régime	<input type="checkbox"/> Imposable <input type="checkbox"/> Non imposable (l'employé doit payer 100% de la prime ILD)
Délai de carence	_____ jours
Durée	<input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> à 65 ans <input type="checkbox"/> Autre _____
Compensations RPC/RRQ	<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Plein <input type="checkbox"/> Néant
Définition du handicap	<input type="checkbox"/> Profession personnelle - _____ ans compter de la fin du délai de carence <input type="checkbox"/> Toute profession
Exclure les accidents de véhicules à moteur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fin à l'âge	65 ans ou retraite anticipée

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES**Pourcentages de remboursement:** Les maximums en dollars sont les maximums de l'année assurée.**Déductible (année civile):**

Urgence à l'extérieur du Canada ___ % Maximum _____ \$
 par accident/maladie durée de vie

Frais d'hospitalisation ___ % chambre semi-privée chambre privée

Soins de la vue ___ % % Maximum _____ \$ par _____ mois.

Praticiens paramédicaux ___ %

Autre ___ %

 Néant _____ \$ / célibataire

_____ \$ / famille

Si le groupe a une carte-médicaments à paiement direct, les médicaments sont-ils assujettis à la franchise de l'année civile? Oui Non

 Assurance annulation de voyage Avantages voyage plus**Couverture des médicaments:** Standard G.1111 Formulary #10. Inclure une couverture pour le Viagra et d'autres médicaments contre le dysfonctionnement érectile? Oui Non**Type de régime d'assurance-médicaments:****Le régime d'assurance-médicaments paie:****Options du régime d'assurance-médicaments:**

Remboursement

Paiement direct

Substitution générique obligatoire

_____ % jusqu'à un maximum de _____ \$, ou

_____ % du premier _____ \$

_____ % des \$ suivants _____ \$

_____ % du solde

frais de remplissage maximum _____ \$

déductible par ordonnance _____ \$

Praticiens paramédicaux:Maximum annuel: Norme 400 \$ Autre _____ \$Maximum par visite: 7,00 \$ 15,00 \$ 20,00 \$ Autre _____ \$Inclure une couverture de première visite là où la loi le permet? Oui NonExclure les accidents de véhicules à moteur: Oui NonPrestation de survivant: 2 ans 5 ans Autre _____Fin à l'âge: 65 ans, ou retraite anticipée 70 ans, ou retraite anticipée Autre _____Fin basée sur: âge de l'employé âge de la personne à charge**DENTAIRE****Couvertures****Remboursement Maximums**

Niveau 1a: Services de diagnostic _____ % _____ \$ par année d'assurance (maximum combiné des niveaux 1a à 3b)

Niveau 1b: Services préventifs _____ %

Niveau 2a: Services de chirurgie mineure/restauration _____ %

Niveau 2b: Services chirurgicaux majeurs _____ %

Niveau 2c: Services de réparation de prothèses dentaires _____ %

Niveau 3a: Services d'endodontie _____ %

Niveau 3b: Services de parodontie _____ %

Niveau 4a: Couronnes et ponts _____ % _____ \$ par année d'assurance (niveaux 4a-4b)

Niveau 4b: prothèses complètes et partielles _____ %

Niveau 5: Services d'orthodontie _____ % _____ \$ par durée de vie

Niveau 6: Services temporo-mandibulaires _____ % _____ \$ par durée de vie

Niveau 7: Services d'implantologie _____ % _____ \$ par durée de vie

Couverture orthodontique pour les enfants à charge uniquement? Oui Non Combiner les niveaux 1a-3b maximum avec le niveau 4a-4b maximum? Oui Non

Si Oui, couvrir les personnes à charge de moins de _____ ans Traitement orthodontique commencé avant l'âge _____

Déductible (année civile):**Barème des tarifs dentaires:****Plan dentaire et fréquence des examens de rappel:** Néant guide des frais annuels: _____Plan #5: une fois tous les 5 mois (pas plus de deux fois tous les 12 mois) _____ \$ / célibataire guide des frais actuelsPlan #6: une fois tous les 9 mois

_____ \$ / famille

 guide des frais actuel moins _____ ansPlan #7: une fois tous les 12 mois

Traitement au fluor pour les patients de moins de _____ ans

Autoriser le paiement électronique des réclamations? Oui NonAutoriser la cession du paiement des indemnités au dentiste? Oui NonExclure les accidents de véhicules à moteur: Oui NonPrestation de survivant: 2 ans 5 ans Autre _____Fin à l'âge: 65 ans, ou retraite anticipée 70 ans, ou retraite anticipée Autre _____Fin basée sur: âge de l'employé âge de la personne à charge**REMARQUES**

Les prestations demandées sont-elles les mêmes que la conception actuelle du régime en ce qui concerne les couvertures, les franchises, la coassurance et les maximums par visite? Si Non, veuillez énumérer les différences sur une page distincte. Oui Non