



# Proposition d'Assurances Collectives

(Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.)



Date effective:

No Police:

100010813

Détenteur:

Nom légal du client:

Nature de l'employeur:

Adresse:

Ville:

Province:

Code Postal:

Telephone:

Ext:

Télécopieur:

Administrateur:

Courriel:

Divisions/ Branches:

1. Employés sur le registre de paie: 2. Nombres d'employés participants: (Obligatoire)

3. Y-a-t'il des employés qui ne seront pas activement au travail lors de la mise en vigueur?

( ) Oui ( X ) Non

Si oui, joindre une liste de ces employés à cette proposition en complétant le formulaire adéquat.

4. Y-a-t'il des classes d'employés non admissibles? ( ) Oui ( X ) Non

Si oui, expliquez:

5. Admissibilité pour les employés:

a) À la date de prise d'effet:

Immédiate

b) Futurs employés:

3 mois de service continue

5. Nombre d'heures par semaine pour l'admissibilité à temps plein: 20 heures

6. Détenez-vous présentement une police d'assurance collective? ( X ) Oui ( ) Non

Si oui, le nom de l'assureur: \_\_\_\_\_

Numéro de Police: \_\_\_\_\_

## DÉCLARATION

Le sous-signée certifie les déclarations suivantes:

- Avoir vérifié le contenu de la proposition et répondu aux questions relatives à cette proposition;
- Demande à *Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.* d'émettre un contrat d'assurance collective conformément au contenu de cette proposition ou si requis une demande de modification selon les modalités de cette proposition;
- Accepte que si cette proposition soit acceptée par l'*Assureur*, que la police prenne effet à la date indiquée ci-dessous;
- Accepte que si cette proposition est acceptée, elle devienne une partie intégrale du contrat;

Date de renouvellement:

01 mai

\*Et chaque année subséquente

Signée à

\_\_\_\_\_

ville

Le

\_\_\_\_\_

date

Signataire autorisé (encre bleue)

Titre

Témoin (encre bleue)



## Proposition d'Assurances Collectives

(Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.)



Date effective:

No Police:

100010813

### Tous les employés

	100010813
<b>Décès et mutilation accidentel (DMA)</b>	
Montant d'assurance	25,000 \$
Réduction à 65 ans	50%
Exonération des primes	6 mois
Age de terminaison	70 ans ou retraite

### Description des taux

-Décès et mutilation accidentel

0.027 \$

### Entente de répartition de primes

\*Cette section de la proposition **doit être complétée** afin de confirmer la fiscalité des prestations

#### BÉNÉFICES

Portion payée par:

**EMPLOYEUR %    EMPLOYÉS %**

Décès et mutilation accidentel de  
base pour les employés admissibles

--	--