



# Proposition d'Assurances Collectives

CROIX BLEUE MEDAVIE 200501



PLAN C

Date effective:

No Police:

Division:

001

Écrire en lettre carrée et lisiblement SVP:

Détenteur:

Nom légal du client:

Nature de l'entreprise:

Adresse:

Ville:

Province: Québec

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 ( ) 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

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

7. Détenez-vous présentement une police d'assurance collective? ( ) 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 **CROIX BLEUE MEDAVIE** 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 **CROIX BLEUE MEDAVIE**, 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: 1 mai

Délai de préavis de renouvellement: 60 jours

\*Et chaque année subséquente

Montant du dépôt: \_\_\_\_\_

\*Première prime mensuelle estimée. Ce montant sera crédité sur votre premier relevé de prime mensuelle

Signée à

\_\_\_\_\_

ville

Le

\_\_\_\_\_

date

Signataire autorisé (encre bleue)

Titre

Témoin (encre bleue)



# Proposition d'Assurances Collectives

CROIX BLEUE MEDAVIE



Date effective:  No Police:  Division:

## Entente de répartition de primes

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

Portion payée par:

### BÉNÉFICES

	EMPLOYEUR %	EMPLOYÉS %
Assurance vie de base		
Assurance vie p.a.c.		
Invalidité Long Durée ***		
Assurance Maladie Comp.		
Assurance Dentaire		

\*\*\* A partir de 10 employés et plus

## Description des taux

-Assurance vie de base (Par 1 000\$ d'assurance)	<input type="text" value="0.424 \$"/>	-Assurance vie de personnes à charge(employé avec dépendant)	<input type="text" value="2.68 \$"/>
-Assurance maladie compl.		-Assurance Santé - Voyage	
<input type="text" value="Couverture Individuel"/>	<input type="text" value="70.46 \$"/>	<input type="text" value="Couverture Individuel"/>	<input type="text" value="4.80 \$"/>
<input type="text" value="Couverture familiale"/>	<input type="text" value="180.11 \$"/>	<input type="text" value="Couverture familiale"/>	<input type="text" value="9.68 \$"/>
-Assurance maladie compl. (65 ans et plus)		-Assurance dentaire	
<input type="text" value="Couverture Individuel"/>	<input type="text" value="70.46 \$"/>	<input type="text" value="Couverture Individuel"/>	<input type="text" value="36.20 \$"/>
<input type="text" value="Couverture familiale"/>	<input type="text" value="180.11 \$"/>	<input type="text" value="Couverture familiale"/>	<input type="text" value="81.44 \$"/>
-Invalidité long terme (Par 100\$ d'assurance)	<input type="text" value="N/A"/>	Taux 2020/05/01	





## Proposition d'Assurances Collectives

CROIX BLEUE MEDAVIE

	C (102) Tous les employés
<b>Assurance Vie de Base</b>	
Montant d'assurance	25,000\$ montant fixe
Réduction à 65 ans	50%
Exonération des primes	Applicable
Âge de terminaison	70 ans ou retraite, si antérieur
<b>Vie de Base p.a.c.</b>	
Conjoint éligible	5,000\$
Enfant éligible	2,500\$ par enfant
Couverture	28 semaines de grossesse
Exonération des primes	Applicable
Âge de terminaison	70 ans ou retraite, si antérieur
<b>Invalidité longue durée</b>	<b>Non couvert</b>
Montant de la rente	
Maximum sans preuve	
Maximum avec preuve	
Délai de carence	
Définition d'invalidité	
Pourcentage d'indexation	
Prestation maximale toutes sources	
Imposition des prestations	
Conditions préexistantes	
Exonération des primes	
Âge de terminaison	
<b>Assurance Maladie</b>	
<b>Franchises</b>	
Médicaments seulement	195\$ individuel 390\$ familiale
Tous les bénéfices sauf les médicaments	N/A



## Proposition d'Assurances Collectives

CROIX BLEUE MEDAVIE

	C (102) Tous les employés
<b>Assurance Maladie (suite)</b>	
<b>Hospitalisation</b>	<b>Coassurance 100%</b>
Au Canada	Semi-Privée
Nombre de jours	Illimité
<b>Maison de convalescence</b>	<b>Coassurance 100%</b>
Chambre et pension	Semi-privée
Durée maximale par incapacité	Maximum 50\$ par jour, maximum de 120 jours
<b>Médicaments (paiement direct)</b>	Oui
<b>Coassurance</b>	68% Substitution du générique obligatoire
Frais d'honoraires	100%
Maximum	Illimité
Produits anti-tabacs	300\$ viager
<b>Paramédicaux</b>	<b>Coassurance 70%</b>
Chiropraticien	250\$ / an
Physiothérapeute / Thérapeute du sport / Thérapeute en réadaptation physique	250\$ / an
Psychologue / Travailleur social	250\$ / an
Podiatre / Chiropodiste	250\$ / an
Radiographies chiropraticien et podiatre	50\$ par paramédical
<b>Services Divers</b>	<b>Coassurance 70%</b>
Infirmière autorisée	10,000\$ par année
Chaussures orthopédiques	300\$ par année civile
Orthèses podiatriques	300\$ par 3 années civiles
Prothèses auditives	300\$ par 3 années civiles
Prothèses mammaires	1 prothèse par sein par 2 années civiles
Soutiens-Gorge chirurgicaux	2 par année civile



## Proposition d'Assurances Collectives

CROIX BLEUE MEDAVIE

	C (102) Tous les employés
<b>Assurance Maladie (suite)</b>	
Extension de la garantie aux survivants	24 mois
Exonération des primes	Exclus
Âge de terminaison	Retraite
<b>Assurance Santé - Voyage</b>	<b>Coassurance 100%</b>
Durée de la protection par voyage moins de 65 ans	180 jours
Durée de la protection par voyage 65 et plus	60 jours
Assurance médico-hospitalière	2,000,000\$ par événement, par assuré
Patients dirigés hors Canada	500,000\$ à vie
Annulation et interruption de voyage	5,000\$ par voyage, par assuré
Assurance bagages	500\$ par voyage, par assuré
Extension de la garantie aux survivants	24 mois
Exonération des primes	Exclus
Âge de terminaison	85 ans ou retraite, si antérieur
<b>Soins Dentaires</b>	
<b>Franchise Annuelle</b>	
Individuelle	50 \$
Familiale	100 \$
<b>Co-Assurance</b>	
Service de base et soins préventifs	70%
Service majeur	N/A
Service d'orthodontie	N/A
<b>Maximum de la garantie</b>	
Service de base et soins préventifs	750 \$
Service majeur	N/A
Service d'orthodontie	N/A



## Proposition d'Assurances Collectives

CROIX BLEUE MEDAVIE

	C (102) Tous les employés
<b>Soins Dentaires (suite)</b>	
Fréquence des rappels	6 mois
Examen complet	1 / 24 mois
Rayons-X	1 / 24 mois
Détartrage et surfaçage radic.	8 unités par année
Manuel de taux	Courant
Extension de la garantie aux survivants	24 mois
Exonération des primes	Exclus
Âge de terminaison	Retraite