



Proposition d'Assurances Collectives

CROIX BLEUE MEDAVIE 200501



PLAN B

Date effective: No Police: Division:

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:

- a) Avoir vérifié le contenu de la proposition et répondu aux questions relatives à cette proposition;
- b) 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;
- c) Accepte que si cette proposition soit acceptée par CROIX BLEUE MEDAVIE, que la police prenne effet à la date indiquée ci-dessous;
- d) 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 _____ Le _____
ville 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

- Assurance vie de base
- Assurance vie p.a.c.
- Invalidité longue durée ***
- Assurance Maladie Comp.

EMPLOYEUR %	EMPLOYÉS %

*** A partir de 10 employés et plus

Description des taux

-Assurance vie de base
(Par 1 000\$ d'assurance)

0.424 \$

-Assurance vie de personnes
à charge(employé avec dépendant)

2.68 \$

-Assurance maladie compl.

Couverture
Individuel

94.47 \$

-Assurance Santé - Voyage

Couverture
Individuel

4.80 \$

Couverture
familiale

250.50 \$

Couverture
familiale

9.68 \$

-Assurance maladie compl. (65 ans et plus)

Couverture
Individuel

94.47 \$

Couverture
familiale

250.50 \$

Taux 2020/05/01





Proposition d'Assurances Collectives

CROIX BLEUE MEDAVIE

	B (101) - Tous les employés
Assurance Vie de Base	
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
Vie de Base des p.a.c.	
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
Invalidité longue durée	Non couvert
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	
Assurance Maladie	
Franchises	
Médicaments seulement	10\$ par prescription
tous les bénéfices sauf les médicaments	N/A



Proposition d'Assurances Collectives

CROIX BLEUE MEDAVIE

	B (101) - Tous les employés
Assurance Maladie (suite)	
Hospitalisation	Coassurance 100%
Au Canada	Semi-Privée
Nombre de jours	Illimité
Maison de convalescence	Coassurance 100%
Chambre et pension	Semi-privée
Durée maximale par incapacité	Maximum 50\$ par jour, maximum de 120 jours
Médicaments (paiement direct)	Oui
Coassurance	68% Substitution du générique obligatoire
Frais d'honoraires	100%
Maximum	Illimité
Produits anti-tabacs	300\$ viager
Paramédicaux	Coassurance 80%
Physiothérapeute, Thérapeute du sport Thérapeute en réadaptation physique	350\$ / an combinée
Psychologue / Travailleur social	350\$ / an combinée
Podiatre / Chiropraticien	350\$ / an
Acupuncteur	350\$ / an
Diététiste	350\$ / an
Ostéopathe	350\$ / an
Orthothérapeute	N/D
Audiologiste	350\$ / an
Chiropraticien	350\$ / an
Naturopathe	350\$ / an
Ergothérapeute	350\$ / an
Orthophoniste	350\$ / an
Radiographies pour Chiropraticien, Ostéopathe, Podiatre et Naturopathe	\$50 par paramédicaux

