Assomption Vie
Assurance collective

Émission d'un groupe

Liste de vérification – Procédures à suivre pour la vente d'un groupe

VEUILLEZ NE PAS TERMINER VOTRE ASSURANCE COLLECTIVE AVANT QUE VOTRE DEMANDE N'AIT ÉTÉ APPROUVÉE PAR ASSOMPTION VIE

Veuillez noter que les renseignements manquants à l'émission d'un groupe peuvent retarder la date d'émission d'un groupe.

Nom légal du groupe :	**Partage de commissions**
Nom du représentant de service :	_____ %
Nom du 2e représentant de service :	_____ %

☐ **Proposition d'assurance collective**

- ☐ La proposition a-t-elle été remplie et signée par l'employeur?
- ☐ Les garanties demandées sont-elles clairement identifiées?
- ☐ Les garanties santé et soins dentaires sont-elles conformes à celles du régime précédent? Sinon, signaler toute différence. (par ex. : garanties, maximums, etc.)
- ☐ Le formulaire ***EMPLOYÉS ABSENTS DU TRAVAIL*** a-t-il été rempli, daté et signé par l'employeur?

☐ **Formulaires d'adhésion des employés**

- ☐ Les formulaires d'adhésion ont-ils été remplis et signés par les employés?
- ☐ Avez-vous vérifié que tous les employés nommés dans la soumission ont remis un formulaire d'adhésion?
- ☐ Vous êtes-vous assuré que l'information indiquée sur les formulaires est complète et lisible? (Ex : date de naissance, bénéficiaires, date d'embauche, etc.)

→ *Veuillez noter que les formulaires incomplets vous seront retournés pour être remplis au complet.*

☐ Y a-t-il des employés dont **le montant d'assurance admissible dépasse le montant sans preuve de la soumission?** Si oui,

- ☐ Avez-vous inclus les **déclarations de santé** pour ces employés?
  Initialement, les preuves d'assurabilité à remettre sont les déclarations de santé.
  Ensuite, selon le risque, l'agent de tarification pourra demander plus d'information au besoin.

☐ Avez-vous inclus **un chèque** au montant de la prime mensuelle estimée? Reçu : _____ $

☐ Est-ce que **tous les employés admissibles participent** au régime d'assurance?

Le ratio de participation requis suivant est-il rencontré? ☐ Oui ☐ Non

3-9	100 % de participation
10-24	85 % de participation
25 +	75 % de participation

Pour les employés qui renoncent au régime, l'employeur leur a-t-il fait **remplir un formulaire de renonciation**? ☐ Oui ☐ Non

☐ Avez-vous fourni une **copie de la facture** de l'assureur précédent pour **le mois précédant la date d'émission**?

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie, faisant affaire sous le nom Assomption Vie
C.P. 160/770 rue Main, Moncton NB E1C 8L1 Tél. : 1-888-869-9797 Téléc. 506-853-5434 Courriel : collectif@assomption.ca