

Demande de soumission

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Veuillez répondre à toutes les questions de cette section afin d'éviter des délais ou le rejet de la demande de soumission.

1. Nom de l'entreprise : _____
2. Adresse : _____ Province: _____
3. Date de début des opérations (année/mois) : _____
4. Description de l'entreprise : _____
5. Nombre total d'employés admissibles : _____
(Pour être admissible à l'assurance collective, l'employé doit travailler à temps plein, au moins 20 heures par semaine, chaque semaine).
6. Depuis combien de mois êtes-vous assuré avec l'assureur actuel? _____
Nom de l'assureur actuel : _____ Date du prochain renouvellement : _____
Nombre d'assureurs dans les cinq (5) dernières années : _____

Taux de renouvellement les plus récents

Assurance vie de l'adhérent : _____ / 1 000 \$
Assurance maladie grave : _____ / 1 000 \$
Décès ou mutilation par accident : _____ / 1 000 \$
Assurance vie des personnes à charge : _____ / famille
Assurance-invalidité de courte durée : _____ / 10 \$
Assurance-invalidité de longue durée : _____ / 100 \$

ASSURANCE-MALADIE :

Individuel : _____ /mois
Familial : _____ /mois
Couple : _____ /mois
Monoparental : _____ /mois

ASSURANCE DENTAIRE :

Individuel : _____ /mois
Familial : _____ /mois
Couple : _____ /mois
Monoparental : _____ /mois

La date effective de ces taux : _____

7. Demande d'information – Seuil de mutualisation EP3
 - a) Veuillez nous fournir votre certificat EP3 reçu de votre assureur actuel. Si celui-ci n'est pas disponible, prière de répondre aux questions suivantes :
 - i. Quels sont vos seuils de mutualisation? _____
 - ii. Sur quelle base vos seuils de mutualisation sont-ils appliqués, par certificat ou par assuré ?
 - iii. Existe-t-il des certificats admissibles assujettis à une forme quelconque d'exclusion? _____
 - b) Indiquer le montant total en excédent de vos seuils.
Année courante _____ \$ Année précédente _____ \$
8. Est-ce une entreprise à domicile (oui ou non)? _____
9. Nombre d'employés ayant un lien familial avec le propriétaire (incluant le(s) propriétaire(s)) : _____

10. Pourcentage de subventions : _____ %
11. Nombre d'employés n'étant pas couverts par la Commission des accidents du travail (incluant le(s) propriétaire(s)) : _____
12. Nombre de mois en opération durant l'année : _____
13. Nombre d'employés : Saisonniers _____ Contractuels _____ À temps partiel _____
Préciser dans la liste d'employés lesquels sont des employés saisonniers, contractuels ou à temps partiels.
14. Nombre d'employés travaillant ou voyageant à l'extérieur du Canada par affaires : _____
Préciser la fréquence et la durée des voyages : _____
15. Y a-t-il des employés qui ne sont pas activement au travail dû à une maladie, ou à un accident ou qui reçoivent de l'assurance salaire courte durée ou longue durée, ou des prestations de la Commission des accidents du travail ou autres? Si oui, préciser :

Nom	Âge	Sexe	Date de début d'invalidité	Déboursés	Type d'invalidité	Exonération de la prime
						Oui / Non
						Vie / ILD / MG

16. Y a-t-il des employés qui se sont absents de leur travail pendant deux semaines consécutives ou plus pour des raisons de santé au cours de la dernière année? Si oui, précisez : _____
17. Correspondance : Anglaise Française

18. Prière de fournir l'information suivante pour les groupes de 25 adhérents et plus (obligatoire) :

- le montant des primes et le détail des réclamations des trois dernières années;
- une copie de l'état de compte (facture) et du contrat ou des livrets d'employés;
- les taux pour les trois dernières années.

IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT

Code du représentant : _____ Je n'ai pas de contrat de représentant avec Assomption Vie

Nom de l'agence ou du bureau de courtage : _____

Adresse complète du représentant : _____

Adresse courriel : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Commentaire du représentant : _____

Commissions : échelle régulière Fixe, préciser le % : _____ %

Libération : Cette proposition sera fondée sur l'information fournie.

Lorsque vous remplissez une soumission d'assurance collective, assurez-vous de l'exactitude de l'information fournie. Assomption Vie n'assume aucune responsabilité pour toute erreur, omission ou déclaration inexacte contenues dans votre demande.

Cette soumission sera calculée selon les informations que vous aurez fournies à Assomption Vie dans cette demande de soumission. Advenant toute déclaration fautive ou inexacte, Assomption Vie se réserve le droit de recalculer les taux ou même de refuser l'émission du groupe.

Signature : _____ Date : _____

Nom de l'entreprise :										
Liste des employé(e)s en date du :										
Nom	Catégorie	Sexe	Date de naissance aaaa-mm-jj	Salaire	Heure (H) Semaine (S) Mois (M) Année (A)	# d'heures par semaine	Couverture Individuel (I) Familial (F) Renonciation (W) Couple (C) Monoparental (M)	Métier/ Profession	Statut Saisonnier (S) Contractuel (C) À temps partiel (TP)	Date d'embauche aaaa-mm-jj
Exemple : John Smith	A	M	1950-01-31	30 000,00	A	40	F	Gérante	S	1980-03-30

L'information présentée est de nature confidentielle et servira à la préparation d'une soumission seulement.