

Demande de soumission d'assurance collective



Solutions financières Sauvé Financial Solutions Inc.

3751 rue Albion, Ottawa, ON K1T 1A6

Tel: 613-260-3333

Sans frais: 888-311-4466

Fax: 613-482-8332

SOLUTIONS FINANCIÈRES
SAUVÉ
FINANCIAL SOLUTIONS INC.

Renseignements sur le client :

Nom de la compagnie: _____

Personne contact: _____

Adresse: _____

Numéro de téléphone: _____ **Numéro de fax:** _____

Quelle est la nature de votre entreprise: _____

Depuis quand êtes-vous en affaire: _____

Nombre d'employés: _____

Les employés travaillent-ils tous au moins 24 heures par semaine? oui non
dans la négative, veuillez préciser: _____

Au moment présent, y a-t-il des employés absent du travail suite à une invalidité, un congé de maternité ou tout autre congé autorisé? oui non
dans l'affirmative, veuillez préciser : _____

Y a-t-il eu des congés invalides au cours des cinq dernières années? oui non
dans l'affirmative, veuillez préciser: _____

Vos employés sont-ils couverts par un régime des accidents du travail? oui non

Y a-t-il des employés saisonniers ? oui non

En tant qu'employeur, êtes-vous prêt à payer au moins 25% du coût du régime? oui non

Renseignements sur l'assurance actuelle:

Veuillez cocher et continuer à la section suivante si vous n'avez pas d'assurance.

Nom de l'assureur actuel: _____
(veuillez inclure le livret du régime d'avantages sociaux, l'historique des taux et le bilan des sinistres, si disponible)

Date d'effet de la couverture auprès de l'assureur actuel? _____

Sélection des garanties:

Si vous n'êtes pas certains des garanties que vous désirez, ne remplissez pas cette page, nous vous contacterons et pouvons vous offrir différentes options.

Assurance vie et Mort et/ou mutilation accidentelle	Montant fixe: _____ 1-5 fois salaire annuel: _____
Assurance vie pour personnes à charge (enfant – moitié du montant)	<input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$15,000 <input type="checkbox"/> \$20,000 <input type="checkbox"/> \$25,000
Assurance contre les maladies graves	Montant fixe: _____ 1-5 fois salaire annuel: _____ Couverture pour personnes à charge: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Assurance invalidité de courte durée	Prestation non imposable <input type="checkbox"/> 55% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 66.67% Ou Prestation imposable <input type="checkbox"/> 66.67% <input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 75% Période d'indemnisation: <input type="checkbox"/> 17 semaines <input type="checkbox"/> 26 semaines Hospitalisation 1er jour: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Assurance invalidité de longue durée	Prestation non imposable <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 66.67% <input type="checkbox"/> Echelonné Ou Prestation imposable <input type="checkbox"/> 66.67% <input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 75% Période d'attente: <input type="checkbox"/> 120 jours <input type="checkbox"/> 180 jours Période d'indemnisation: <input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> jusqu'à 65 ans Protection anti-inflation: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Assurance maladie complémentaire	Remboursement: <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 100% Déductible: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 25/25 <input type="checkbox"/> 25/50 Soins paramédicaux: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Max. par consultations : <input type="checkbox"/> R/C <input type="checkbox"/> \$30 Max. annuel: <input type="checkbox"/> \$300 <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$750 Hopital: <input type="checkbox"/> Salle <input type="checkbox"/> A deux lits <input type="checkbox"/> A un lit
Assurance médicaments	<input type="checkbox"/> Remboursement papier <input type="checkbox"/> Carte de paiement différé <input type="checkbox"/> Carte de paiement direct Déductible: <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> \$2 <input type="checkbox"/> \$5 <input type="checkbox"/> égal au frais du dispensaire
Assurance oculaire	<input type="checkbox"/> examen de la vue seulement <input type="checkbox"/> \$150 <input type="checkbox"/> \$200 <input type="checkbox"/> \$300
Assurance dentaire	<input type="checkbox"/> Soins ordinaires seulement Remboursement <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 80 % <input type="checkbox"/> 100% Déductible: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 25/25 <input type="checkbox"/> 25/50 Max annuel: <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$1,500 <input type="checkbox"/> \$2,000 <input type="checkbox"/> Soins extraordinaires (si disponible) remboursement 50% Max annuel: combine avec les soins ordinaires <input type="checkbox"/> Soins d'orthodontie (si disponible) remboursement 50% Max annuel: <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$1,500 <input type="checkbox"/> \$2,000
Programme d'aide aux employés	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

