

ENTENTE POUR REMBOURSEMENT ADDITIONNEL
« Cost Plus »

Entre _____ (L'Assureur)
Et La Capitale assurances et gestion du patrimoine
_____ (Le Preneur).

Il est entendu que l'Assureur remboursera toutes les réclamations pour des frais de soins de santé ou de soins dentaires qui n'auront pas été couverts à 100 % par les garanties en vigueur dans le contrat N^o _____, si la demande écrite en est faite par le responsable du groupe, pour les personnes suivantes :

Nom de l'employé	Numéro d'identification
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

L'assureur facturera le Preneur trimestriellement. Ce dernier devra alors payer, dans les 31 jours de la date de facturation, le total des dépenses facturées plus les frais administratifs suivants :

- 12 % des premiers 1 500 \$
- 6 % de l'excédent
- Minimum 75 \$ par facture trimestrielle

Cette entente sera valide aussi longtemps que le contrat numéro _____ sera en vigueur, mais pourra prendre fin le jour de réception d'un avis écrit à cet effet par l'une ou l'autre des parties.

Le signataire, à titre de Preneur, se déclare personnellement garant du remboursement par sa compagnie des factures de La Capitale assurances et gestion du patrimoine, en rapport avec cette entente « Cost Plus ».

Date de mise en vigueur de l'entente : _____

Signé à _____, le _____

Preneur : _____

Responsable _____ Titre : _____

PRENEUR (signature)

Témoin

Pour La Capitale assurances et gestion du patrimoine