



**SERVICE COLLECTIF**  
**T O T A L** INC.

Cabinet en assurance collective de personnes

3078, boul. Dagenais O.  
Laval (Québec) H7P 1T6

Tél. : (450) 625-7000  
Télé. : (450) 625-8333

Sans frais : 1 (888) 625-7001  
www.sctotal.com

Régime assuré par :



**La Capitale**  
assurances et gestion du patrimoine

**PROPOSITION D'ASSURANCE COLLECTIVE**

MODIFICATION DU CONTRAT N° \_\_\_\_\_ Employeur N° \_\_\_\_\_

Réservé à Service Collectif Total Inc.

**PRENEUR**

Nom du Preneur :

Adresse complète :

N° Rue N° de bureau

Ville Province Code postal

Personne décisionnelle : Administrateur du contrat :  
 Même que ci-contre  Autre, spécifier :

Téléphone : Télécopieur : Correspondance :  
 Français  Anglais

Courriel : Début des opérations : \_\_\_\_\_  
AAAA MM JJ

Inscrire les entreprises affiliées ou associées dont les employés sont assurés au même titre que le Preneur :

**PRISE D'EFFET**

Version du contrat : Mars 2008

Date d'entrée en vigueur : \_\_\_\_\_ à 0h01 Date de renouvellement : \_\_\_\_\_  
AAAA MM JJ AAAA MM JJ

**DÉFINITION D'ADMISSIBILITÉ**

CLASSE 1 \_\_\_\_\_

Employés permanents travaillant régulièrement au moins \_\_\_\_\_ heures par semaine et ayant satisfait le délai d'admissibilité de \_\_\_\_\_ jours de travail actif à plein temps. Les employés des classes suivantes sont exclus : \_\_\_\_\_

CLASSE 2 \_\_\_\_\_

Employés permanents travaillant régulièrement au moins \_\_\_\_\_ heures par semaine et ayant satisfait le délai d'admissibilité de \_\_\_\_\_ jours de travail actif à plein temps. Les employés des classes suivantes sont exclus : \_\_\_\_\_

**DÉFINITION D'INVALIDITÉ TOTALE**

Un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident qui exige des soins médicaux continus et qui, **pendant le délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée (si cette garantie est retenue à la présente proposition d'assurance) et les 24 mois qui suivent**, empêche un adhérent d'exercer toutes et chacune des fonctions de son emploi et par la suite, quoique n'exigeant pas nécessairement des soins médicaux continus, empêche effectivement l'adhérent d'exercer toute activité rémunératrice pour laquelle il possède des aptitudes raisonnables compte tenu de son éducation, de sa formation ou de son expérience. L'invalidité totale est déterminée sans qu'il soit tenu compte de l'existence ou de la disponibilité d'un tel emploi ou activité.

**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

**CLASSE 1**  
Nombre d'adhérents : \_\_\_\_\_  
**Garanties retenues :**  
 Vie de base  MMA  
Livrets requis : Français \_\_\_\_\_  Vie des personnes à charge  
 Vie facultative  
Anglais \_\_\_\_\_  Maladies redoutées  
Nombre de paies par année civile ?  Courte durée  Longue durée  
 12  24  26  52  Maladie  Soins dentaires  
Participation financière de l'employeur aux primes : \_\_\_\_\_ % global  
OU \_\_\_\_\_

**CLASSE 2**  
Nombre d'adhérents : \_\_\_\_\_  
**Garanties retenues :**  
 Vie de base  MMA  
Livrets requis : Français \_\_\_\_\_  Vie des personnes à charge  
 Vie facultative  
Anglais \_\_\_\_\_  Maladies redoutées  
Nombre de paies par année civile ?  Courte durée  Longue durée  
 12  24  26  52  Maladie  Soins dentaires  
Participation financière de l'employeur aux primes : \_\_\_\_\_ % global  
OU \_\_\_\_\_

Les employés étaient-ils protégés par un contrat antérieur ? (Si **oui**, veuillez fournir les renseignements suivants et joindre la dernière facture ainsi qu'une liste des adhérents ayant partiellement ou entièrement acquitté leur franchise, s'il y a lieu).  OUI  NON

Assureur : \_\_\_\_\_ N° de contrat : \_\_\_\_\_ Résilié le : \_\_\_\_\_  
AAAA MM JJ



## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (suite)

Y a-t-il des adhérents domiciliés à l'extérieur du Québec ? Si <b>oui</b> , SVP préciser :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Y a-t-il des adhérents qui sont travailleurs autonomes ? Si <b>oui</b> , SVP préciser :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Y a-t-il des adhérents dont le salaire inclut des dividendes ? Si <b>oui</b> , SVP préciser :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Y a-t-il des adhérents NON couverts en vertu d'une loi d'indemnisation des accidents du travail (CSST) ? Si <b>oui</b> , SVP préciser :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Y a-t-il des adhérents NON protégés en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi (DRHC) ? Si <b>oui</b> , SVP préciser :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Y a-t-il des adhérents NON activement au travail actuellement (congé de maladie ou d'invalidité, congé de maternité, parental ou sabbatique, mise à pied temporaire...) ? Si <b>oui</b> , SVP préciser les détails ci-dessous :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

<u>Nom</u>	<u>Date du départ / de l'invalidité</u>	<u>Nature du congé / de l'invalidité</u>	<u>Date prévue de retour au travail</u>

## RÉGIME DEMANDÉ

### ASSURANCE VIE DE BASE ET ASSURANCE EN CAS DE MORT OU DE MUTILATION ACCIDENTELLES

(incluant l'assurance protection juridique, pour les résidents du Québec seulement)

CLASSE 1	CLASSE 2
<b>Protection :</b> _____ Arrondi au 1 000 \$ supérieur ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <b>Maximums :</b> <u>Sans preuves</u> <u>Avec preuves</u> <input type="checkbox"/> 25 000 \$ <input type="checkbox"/> 50 000 \$ <input type="checkbox"/> 200 000 \$ <input type="checkbox"/> 75 000 \$ <input type="checkbox"/> 100 000 \$ <input type="checkbox"/> 250 000 \$ <input type="checkbox"/> 150 000 \$ <input type="checkbox"/> 300 000 \$  <u>Clause de droits acquis :</u> Si cette garantie était couverte par le contrat antérieur et vous désirez faire appliquer la clause de droits acquis, veuillez indiquer les maximums du contrat antérieur et joindre une copie de la facture du dernier mois assuré (groupes de minimum 5 adhérents couverts sous l'ancien contrat). <u>Sans preuves</u> <u>Avec preuves</u> _____    _____  <b>Exonération des primes en cas d'invalidité totale :</b> après six (6) mois (ou après le délai de carence de la garantie d'invalidité de longue durée, si cette protection est retenue)	<b>Protection :</b> _____ Arrondi au 1 000 \$ supérieur ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <b>Maximums :</b> <u>Sans preuves</u> <u>Avec preuves</u> <input type="checkbox"/> 25 000 \$ <input type="checkbox"/> 50 000 \$ <input type="checkbox"/> 200 000 \$ <input type="checkbox"/> 75 000 \$ <input type="checkbox"/> 100 000 \$ <input type="checkbox"/> 250 000 \$ <input type="checkbox"/> 150 000 \$ <input type="checkbox"/> 300 000 \$  <u>Clause de droits acquis :</u> Si cette garantie était couverte par le contrat antérieur et vous désirez faire appliquer la clause de droits acquis, veuillez indiquer les maximums du contrat antérieur et joindre une copie de la facture du dernier mois assuré (groupes de minimum 5 adhérents couverts sous l'ancien contrat). <u>Sans preuves</u> <u>Avec preuves</u> _____    _____  <b>Exonération des primes en cas d'invalidité totale :</b> après six (6) mois (ou après le délai de carence de la garantie d'invalidité de longue durée, si cette protection est retenue)

### ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

(incluant l'assurance protection juridique, pour les résidents du Québec seulement)

<b>CLASSE 1</b> <input type="checkbox"/> 10 000 \$ - Conjoint <input type="checkbox"/> 5 000 \$ - Enfant <input type="checkbox"/> 5 000 \$ - Enfant	<b>CLASSE 2</b> <input type="checkbox"/> 5 000 \$ - Conjoint <input type="checkbox"/> 2 500 \$ - Enfant
<b>Exonération des primes en cas d'invalidité totale :</b> après six (6) mois (ou après le délai de carence de la garantie d'invalidité de longue durée, si cette protection est retenue)	<b>Exonération des primes en cas d'invalidité totale :</b> après six (6) mois (ou après le délai de carence de la garantie d'invalidité de longue durée, si cette protection est retenue)

### ASSURANCE VIE FACULTATIVE

<b>CLASSE 1</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>CLASSE 2</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Les primes seront calculées individuellement par adhérent en fonction de l'âge, du sexe et du statut fumeur, ainsi que du montant de protection choisi (maximum 100 000 \$). Veuillez indiquer la protection d'assurance vie facultative désirée par chaque adhérent sur sa fiche d'adhésion.  <b>Exonération des primes en cas d'invalidité totale :</b> après six (6) mois (ou après le délai de carence de la garantie d'invalidité de longue durée, si cette protection est retenue)
---	---	--



## RÉGIME DEMANDÉ (suite)

### ASSURANCE MALADIES REDOUTÉES

CLASSE 1	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	CLASSE 2	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Montant d'assurance : Adhèrent et conjoint : 25 000 \$ Enfant à charge : 5 000 \$			Montant d'assurance : Adhèrent et conjoint : 25 000 \$ Enfant à charge : 5 000 \$		
<b>Exonération des primes en cas d'invalidité totale</b> : Aucune			<b>Exonération des primes en cas d'invalidité totale</b> : Aucune		

### ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

CLASSE 1	CLASSE 2
<b>Délai de carence</b> : Accident / hospitalisation / maladie (en jours consécutifs) <input type="checkbox"/> 0 / 0 / 7 <input type="checkbox"/> 0 / 14 / 14	<b>Délai de carence</b> : Accident / hospitalisation / maladie (en jours consécutifs) <input type="checkbox"/> 0 / 0 / 7 <input type="checkbox"/> 0 / 14 / 14
<b>Montant de la garantie</b> : (% du salaire hebdomadaire) _____% OU _____% des premiers _____ \$ de salaire hebdomadaire et _____% de l'excédent <input type="checkbox"/> Prestations imposables <input type="checkbox"/> Prestations non imposables*	<b>Montant de la garantie</b> : (% du salaire hebdomadaire) _____% OU _____% des premiers _____ \$ de salaire hebdomadaire et _____% de l'excédent <input type="checkbox"/> Prestations imposables <input type="checkbox"/> Prestations non imposables*
* Les employés sont obligés de payer en entier la prime de cette garantie pour que les prestations soient non imposables.	* Les employés sont obligés de payer en entier la prime de cette garantie pour que les prestations soient non imposables.
<b>Maximums</b> : <u>Sans preuves</u> <u>Avec preuves</u> <input type="checkbox"/> 800 \$ <input type="checkbox"/> Autre : _____ \$ <input type="checkbox"/> 800 \$ <input type="checkbox"/> Autre : _____ \$	<b>Maximums</b> : <u>Sans preuves</u> <u>Avec preuves</u> <input type="checkbox"/> 800 \$ <input type="checkbox"/> Autre : _____ \$ <input type="checkbox"/> 800 \$ <input type="checkbox"/> Autre : _____ \$
<b>Durée maximale des prestations</b> : (fractionnement 1/7) <input type="checkbox"/> 17 semaines <input type="checkbox"/> 26 semaines	<b>Durée maximale des prestations</b> : (fractionnement 1/7) <input type="checkbox"/> 17 semaines <input type="checkbox"/> 26 semaines
<b>Options</b> : <input checked="" type="checkbox"/> Chirurgie d'un jour incluse <input type="checkbox"/> Régime intégré à l'assurance-emploi	<b>Options</b> : <input checked="" type="checkbox"/> Chirurgie d'un jour incluse <input type="checkbox"/> Régime intégré à l'assurance-emploi
Les prestations d'invalidité seront expédiées directement chez l'assuré.	Les prestations d'invalidité seront expédiées directement chez l'assuré.
<b>Exonération de primes en cas d'invalidité totale</b> : six (6) mois (ou après le délai de carence de la garantie d'invalidité de longue durée, si cette protection est retenue)	<b>Exonération de primes en cas d'invalidité totale</b> : six (6) mois (ou après le délai de carence de la garantie d'invalidité de longue durée, si cette protection est retenue)

### ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

CLASSE 1	CLASSE 2
<b>La garantie d'assurance invalidité de longue durée était-elle retenue avec l'assureur précédent ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A	<b>La garantie d'assurance invalidité de longue durée était-elle retenue avec l'assureur précédent ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N/A
<b>Délai de carence</b> : <input type="checkbox"/> 15 semaines <input type="checkbox"/> 17 semaines <input type="checkbox"/> 26 semaines	<b>Délai de carence</b> : <input type="checkbox"/> 15 semaines <input type="checkbox"/> 17 semaines <input type="checkbox"/> 26 semaines
<b>Durée maximale des prestations</b> : <input type="checkbox"/> 60 mois <input type="checkbox"/> Jusqu'à l'âge de 65 ans	<b>Durée maximale des prestations</b> : <input type="checkbox"/> 60 mois <input type="checkbox"/> Jusqu'à l'âge de 65 ans
<b>Montant de la garantie</b> : (% du salaire mensuel) _____% OU _____% des premiers _____ \$ de salaire mensuel et _____% de l'excédent <input type="checkbox"/> Prestations imposables <input type="checkbox"/> Prestations non imposables*	<b>Montant de la garantie</b> : (% du salaire mensuel) _____% OU _____% des premiers _____ \$ de salaire mensuel et _____% de l'excédent <input type="checkbox"/> Prestations imposables <input type="checkbox"/> Prestations non imposables*
* Les employés sont obligés de payer en entier la prime de cette garantie pour que les prestations soient non imposables.	* Les employés sont obligés de payer en entier la prime de cette garantie pour que les prestations soient non imposables.
<b>Options</b> : <input type="checkbox"/> Indexation au coût de la vie (selon la RRQ ou le RPC) maximum 3%	<b>Options</b> : <input type="checkbox"/> Indexation au coût de la vie (selon la RRQ ou le RPC) maximum 3%
Les prestations d'invalidité seront expédiées directement chez l'assuré.	Les prestations d'invalidité seront expédiées directement chez l'assuré.



## RÉGIME DEMANDÉ (suite)

### ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

#### CLASSE 1

- Maximums :**
- |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <u>Sans preuves</u>               | <u>Avec preuves</u>               |
| <input type="checkbox"/> 1 000 \$ | <input type="checkbox"/> 3 500 \$ |
| <input type="checkbox"/> 2 000 \$ | <input type="checkbox"/> 5 000 \$ |
| <input type="checkbox"/> 2 600 \$ | <input type="checkbox"/> 6 000 \$ |
| <input type="checkbox"/> 3 200 \$ |                                   |
| <input type="checkbox"/> 4 000 \$ |                                   |

Clause de droits acquis : Si cette garantie était couverte par le contrat antérieur et vous désirez faire appliquer la clause de droits acquis, veuillez indiquer les maximums du contrat antérieur et joindre une copie de la facture du dernier mois assuré (groupes de minimum 5 adhérents couverts sous l'ancien contrat).

Sans preuves

Avec preuves

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Exonération de primes en cas d'invalidité totale** : après le délai de carence de cette garantie

#### CLASSE 2

- Maximums :**
- |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <u>Sans preuves</u>               | <u>Avec preuves</u>               |
| <input type="checkbox"/> 1 000 \$ | <input type="checkbox"/> 3 500 \$ |
| <input type="checkbox"/> 2 000 \$ | <input type="checkbox"/> 5 000 \$ |
| <input type="checkbox"/> 2 600 \$ | <input type="checkbox"/> 6 000 \$ |
| <input type="checkbox"/> 3 200 \$ |                                   |
| <input type="checkbox"/> 4 000 \$ |                                   |

Clause de droits acquis : Si cette garantie était couverte par le contrat antérieur et vous désirez faire appliquer la clause de droits acquis, veuillez indiquer les maximums du contrat antérieur et joindre une copie de la facture du dernier mois assuré (groupes de minimum 5 adhérents couverts sous l'ancien contrat).

Sans preuves

Avec preuves

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Exonération de primes en cas d'invalidité totale** : après le délai de carence de cette garantie

### ASSURANCE MALADIE

#### CLASSE 1

##### Frais exempts de franchise et remboursables à 100%

- ✓ **Hospitalisation** : Chambre à deux lits (semi-privée)
- ✓ **Assurance voyage** : Séjour maximal : 6 mois consécutifs
- ✓ **Examens de la vue** : Maximum de 50 \$ par 24 mois, par assuré

**Ticket modérateur** : (s'appliquant aux médicaments d'ordonnance)

- Aucun       2 \$ par ordonnance       5 \$ par ordonnance

##### Franchise :

- Individuelle :  Aucune    25 \$    50 \$    100 \$
- Familiale :  Aucune    25 \$    50 \$    100 \$    200 \$
- Monoparentale :  (Même que familiale)
- Couple :  (Même que familiale)

##### Franchise s'appliquant :

aux médicaments d'ordonnance, aux professionnels de la santé et aux autres frais admissibles (si aucun ticket modérateur n'est applicable aux médicaments d'ordonnance)

**OU**

aux professionnels de la santé et aux autres frais admissibles (si un ticket modérateur est applicable aux médicaments d'ordonnance)

**Coassurance** : (s'appliquant aux médicaments d'ordonnance, aux professionnels de la santé et aux autres frais admissibles)

- 70 %       75 %       80 %       90 %       100 %

- **Médicaments d'ordonnance** (clause régulière)  
\_\_\_\_\_ % des premiers \_\_\_\_\_ \$ et 100 % de l'excédent

- **Autres frais admissibles**

- **Professionnels de la santé :**

Montant illimité par traitement jusqu'à un maximum admissible de 500 \$ par année civile, par assuré, par professionnel ou par groupe de professionnels (aucun maximum pour la physiothérapie)

**OU**

Montant illimité par traitement jusqu'à un maximum admissible de 300 \$ par année civile, par assuré, par professionnel ou par groupe de professionnels (aucun maximum pour la physiothérapie)

**OU**

Montant illimité par traitement jusqu'à un maximum **global** admissible de 400 \$ par année civile, par assuré, pour l'ensemble des professionnels

**OU**

Jusqu'à un maximum admissible de 20 \$ par traitement et jusqu'à un maximum admissible de 300 \$ par année civile, par assuré, par professionnel ou par groupe de professionnels

#### CLASSE 2

##### Frais exempts de franchise et remboursables à 100%

- ✓ **Hospitalisation** : Chambre à deux lits (semi-privée)
- ✓ **Assurance voyage** : Séjour maximal : 6 mois consécutifs
- ✓ **Examens de la vue** : Maximum de 50 \$ par 24 mois, par assuré

**Ticket modérateur** : (s'appliquant aux médicaments d'ordonnance)

- Aucun       2 \$ par ordonnance       5 \$ par ordonnance

##### Franchise :

- Individuelle :  Aucune    25 \$    50 \$    100 \$
- Familiale :  Aucune    25 \$    50 \$    100 \$    200 \$
- Monoparentale :  (Même que familiale)
- Couple :  (Même que familiale)

##### Franchise s'appliquant :

aux médicaments d'ordonnance, aux professionnels de la santé et aux autres frais admissibles (si aucun ticket modérateur n'est applicable aux médicaments d'ordonnance)

**OU**

aux professionnels de la santé et aux autres frais admissibles (si un ticket modérateur est applicable aux médicaments d'ordonnance)

**Coassurance** : (s'appliquant aux médicaments d'ordonnance, aux professionnels de la santé et aux autres frais admissibles)

- 70 %       75 %       80 %       90 %       100 %

- **Médicaments d'ordonnance** (clause régulière)  
\_\_\_\_\_ % des premiers \_\_\_\_\_ \$ et 100 % de l'excédent

- **Autres frais admissibles**

- **Professionnels de la santé :**

Montant illimité par traitement jusqu'à un maximum admissible de 500 \$ par année civile, par assuré, par professionnel ou par groupe de professionnels (aucun maximum pour la physiothérapie)

**OU**

Montant illimité par traitement jusqu'à un maximum admissible de 300 \$ par année civile, par assuré, par professionnel ou par groupe de professionnels (aucun maximum pour la physiothérapie)

**OU**

Montant illimité par traitement jusqu'à un maximum **global** admissible de 400 \$ par année civile, par assuré, pour l'ensemble des professionnels

**OU**

Jusqu'à un maximum admissible de 20 \$ par traitement et jusqu'à un maximum admissible de 300 \$ par année civile, par assuré, par professionnel ou par groupe de professionnels



## RÉGIME DEMANDÉ (suite)

### ASSURANCE MALADIE (suite)

#### CLASSE 1

Service de paiement automatisé :  Différé  Direct

**Options :**

- Soins oculaires - Maximum de 150 \$ par 24 mois, par assuré (frais exempts de franchise et remboursables à 100 %)
- Médicaments ou substances servant au traitement de l'impuissance

Exonération de primes en cas d'invalidité totale : Aucune

#### CLASSE 2

Service de paiement automatisé :  Différé  Direct

**Options :**

- Soins oculaires - Maximum de 150 \$ par 24 mois, par assuré (frais exempts de franchise et remboursables à 100 %)
- Médicaments ou substances servant au traitement de l'impuissance

Exonération de primes en cas d'invalidité totale : Aucune

### ASSURANCE SOINS DENTAIRES

#### CLASSE 1

**Franchise :** (s'appliquant aux soins préventifs et restauration de base, ainsi qu'aux soins de restauration complexe et prothèses)

- Individuelle :  Aucune  25 \$  50 \$  
 Familiale :  Aucune  25 \$  50 \$  100 \$  
 Monoparentale :  (Même que familiale)  
 Couple :  (Même que familiale)

**Frais admissibles :**

- Soins préventifs et restauration de base (inclus les soins d'endodontie et de parodontie)  
 Coassurance :  75%  80%  90%  100%

**La garantie d'assurance soins dentaires était-elle retenue avec l'assureur précédent ?**  OUI  NON  N/A

Si le groupe ne détenait pas la garantie, pour la première année d'assurance, les maximums seront proportionnels au nombre de mois entre la date d'entrée en vigueur et la fin de l'année civile.

- Maximum annuel :** 1<sup>ère</sup> année\* / Années subséquentes
- 500 \$ / 1 000 \$
  - 1 000 \$ / 2 500 \$

\* Dans le cas d'un groupe qui n'était pas assuré pour cette garantie en vertu d'un contrat antérieur.

- Soins de restauration complexe et prothèses – Coassurance : 50%  
Maximum annuel : 1 000 \$
- Soins orthodontiques – Coassurance: 50%  
Maximum viager : 1 000 \$ par enfant de 18 ans et moins

Service de paiement automatique inclus ?  OUI

Exonération de primes en cas d'invalidité totale : Aucune

#### CLASSE 2

**Franchise :** (s'appliquant aux soins préventifs et restauration de base, ainsi qu'aux soins de restauration complexe et prothèses)

- Individuelle :  Aucune  25 \$  50 \$  
 Familiale :  Aucune  25 \$  50 \$  100 \$  
 Monoparentale :  (Même que familiale)  
 Couple :  (Même que familiale)

**Frais admissibles :**

- Soins préventifs et restauration de base (inclus les soins d'endodontie et de parodontie)  
 Coassurance :  75%  80%  90%  100%

**La garantie d'assurance soins dentaires était-elle retenue avec l'assureur précédent ?**  OUI  NON  N/A

Si le groupe ne détenait pas la garantie, pour la première année d'assurance, les maximums seront proportionnels au nombre de mois entre la date d'entrée en vigueur et la fin de l'année civile.

- Maximum annuel :** 1<sup>ère</sup> année\* / Années subséquentes
- 500 \$ / 1 000 \$
  - 1 000 \$ / 2 500 \$

\* Dans le cas d'un groupe qui n'était pas assuré pour cette garantie en vertu d'un contrat antérieur.

- Soins de restauration complexe et prothèses – Coassurance : 50%  
Maximum annuel : 1 000 \$
- Soins orthodontiques – Coassurance: 50%  
Maximum viager : 1 000 \$ par enfant de 18 ans et moins

Service de paiement automatique inclus ?  OUI

Exonération de primes en cas d'invalidité totale : Aucune

#### INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

---



---



---



---



---

#### INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

---



---



---



---



---



## TAUX MENSUELS

CLASSE 1		CLASSE 2	
Assurance vie de base de l'adhérent (par 1 000 \$) :	_____ \$	Assurance vie de base de l'adhérent (par 1 000 \$) :	_____ \$
Assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles (par 1 000 \$) :	_____ \$	Assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles (par 1 000 \$) :	_____ \$
Assurance vie des personnes à charge :	_____ \$	Assurance vie des personnes à charge :	_____ \$
Assurance maladies redoutées :		Assurance maladies redoutées :	
Individuel	_____ \$	Individuel	_____ \$
Familial	_____ \$	Familial	_____ \$
Monoparental	_____ \$	Monoparental	_____ \$
Couple	_____ \$	Couple	_____ \$
Assurance invalidité de courte durée (par 10 \$) :	_____ \$	Assurance invalidité de courte durée (par 10 \$) :	_____ \$
Assurance invalidité de longue durée (par 100 \$) :	_____ \$	Assurance invalidité de longue durée (par 100 \$) :	_____ \$
Assurance maladie :		Assurance maladie :	
Individuel	_____ \$	Individuel	_____ \$
Familial	_____ \$	Familial	_____ \$
Monoparental	_____ \$	Monoparental	_____ \$
Couple	_____ \$	Couple	_____ \$
Surprime 65 ans et plus	_____ \$	Surprime 65 ans et plus	_____ \$
Assurance soins dentaires :		Assurance soins dentaires :	
Individuel	_____ \$	Individuel	_____ \$
Familial	_____ \$	Familial	_____ \$
Monoparental	_____ \$	Monoparental	_____ \$
Couple	_____ \$	Couple	_____ \$



## CETTE PROPOSITION / MODIFICATION FAIT PARTIE INTÉGRANTE DU CONTRAT D'ASSURANCE ÉMIS AU NOM DU PRENEUR

Je, soussigné, demande par la présente à La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. l'émission d'un contrat d'assurance collective renouvelable à chaque échéance, et je conviens que l'assurance entrera en vigueur à la date indiquée en page 1 de cette proposition. Un chèque représentant la première prime mensuelle est joint à la présente proposition.

Je confirme que les informations mentionnées sur la demande de soumission et sur la présente proposition sont entières et véridiques et accepte que toute fausse déclaration puisse entraîner l'annulation du contrat. Si des erreurs ou omissions sont découvertes par La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. ou Service Collectif Total inc., ceux-ci sont autorisés par la présente à modifier la proposition en inscrivant les corrections nécessaires.

Je comprends que l'adhésion à toutes les garanties est obligatoire pour tous les employés qui remplissent les conditions d'admissibilité (tel que défini au contrat à l'article 2.2.1).

Signé à : \_\_\_\_\_ Date : |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|  
Ville Province AAAA MM JJ

Preneur : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_  
Signature

Témoin : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Signature

Prime du premier mois, au montant de \_\_\_\_\_ \$ est ci-jointe (chèque à l'ordre de **Service Collectif Total Inc.**)

## DÉSIGNATION DE L'ADMINISTRATEUR

Par la présente, le Preneur désigne Service Collectif Total inc. pour agir en sa faveur comme Administrateur dudit contrat d'assurance collective, et ce, à compter de sa date de prise d'effet. En cette capacité, l'Administrateur n'agira pas en faveur, ni ne représentera, La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

L'Administrateur est autorisé et chargé de remplir les fonctions administratives du contrat qui seraient autrement faites par l'Assureur. Ces fonctions incluent, mais ne sont pas limitées à la sélection du risque et l'établissement des taux initiaux et de renouvellement, l'émission de la documentation du régime, la mise en place et la maintenance des dossiers du Preneur, de ses employés et leurs dossiers d'admissibilité, le service à la clientèle, la facturation mensuelle des primes ainsi que le recouvrement, la comptabilité et la remise des primes à La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. en conformité avec les dispositions dudit contrat.

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. est, par la présente, autorisée et chargée de communiquer et de transiger directement avec l'Administrateur pour toute question administrative ayant égard au contrat d'assurance collective. Toutes communications ou transactions faites par l'entremise de l'Administrateur seront considérées comme ayant été faites entre le Preneur et La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. a le droit d'effectuer la vérification de tous les dossiers ayant rapport à l'administration du contrat d'assurance collective détenus chez l'Administrateur et le Preneur.

Signé à : \_\_\_\_\_ Date : |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|  
Ville Province AAAA MM JJ

Preneur : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_  
Signature

Témoin : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Signature



## RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX REPRÉSENTANTS

### COURTIER 1

Nom du représentant : \_\_\_\_\_ Proportion des commissions : \_\_\_\_\_%

Cabinet de courtage : \_\_\_\_\_

### COURTIER 2

Nom du représentant : \_\_\_\_\_ Proportion des commissions : \_\_\_\_\_%

Cabinet de courtage : \_\_\_\_\_

### COURTIER 3

Nom du représentant : \_\_\_\_\_ Proportion des commissions : \_\_\_\_\_%

Cabinet de courtage : \_\_\_\_\_

## DOCUMENTS À JOINDRE À CETTE PROPOSITION

- Fiches d'adhésion des employés, dûment remplies, signées et datées
- Déclarations d'assurabilité, dûment remplies, signées et datées par les employés concernés (si nécessaire)
- Copie de la facture du dernier mois assuré avec l'assureur antérieur (si applicable)
- Chèque de prime du premier mois d'assurance (libellé au nom de Service Collectif Total inc.)