

INFORMATIONS SUR LES GARANTIES

Vie / DMA	<input type="checkbox"/> Montant fixe : _____ \$	<input type="checkbox"/> _____ fois le salaire annuel
Vie Facultative	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Vie PAC	<input type="checkbox"/> Conjoint 5 000 \$ / Enfant 2 500 \$	<input type="checkbox"/> Conjoint 10 000 \$ / Enfant 5 000 \$
AILD	_____ % du premier _____ \$ _____ % exc.	<input type="checkbox"/> Prestations imposables <input type="checkbox"/> Prestations non imposables <input type="checkbox"/> Indexation
AICD	_____ % du premier _____ \$ _____ % exc. Max : _____ \$	<input type="checkbox"/> Prestations imposables <input type="checkbox"/> Prestations non imposables <input type="checkbox"/> Intégré à l'assurance emploi

INFORMATIONS SUR LES GARANTIES

Santé	Franchises	Coassurance	Professionnels	
	_____ \$ Individuelle	<input type="checkbox"/> 70 %	<input type="checkbox"/> 20 \$ adm. visite, max. 300 \$	<input type="checkbox"/> Soins visuels, 150 \$ / 2 ans
	_____ \$ Familiale	<input type="checkbox"/> 75 %	<input type="checkbox"/> Illimité par visite, max. 300 \$	<input type="checkbox"/> CAPSS différé
	_____ \$ _____	<input type="checkbox"/> 80 %	<input type="checkbox"/> Illimité par visite, max. 500 \$	<input type="checkbox"/> CAPSS direct
		<input type="checkbox"/> 90 %	<input type="checkbox"/> Illimité par visite, maximum	
		<input type="checkbox"/> 100 %	400 \$ global	
Dentaire	Franchises	Coassurance		
	_____ \$ Individuelle	<input type="checkbox"/> 75 %	<input type="checkbox"/> Soins prév. et de base 1 000 \$	
	_____ \$ Familiale	<input type="checkbox"/> 80 %	<input type="checkbox"/> Soins prév. et de base 2 500 \$ (1 000 \$ 1ère année / 2 500 \$ années suiv.)	
	_____ \$ _____	<input type="checkbox"/> 90 %	<input type="checkbox"/> Soins majeurs (prosthodontie) 1 000 \$ (coassurance 50%)	
		<input type="checkbox"/> 100 %	<input type="checkbox"/> Soins orthodontiques 1 000 \$ Viager (coassurance 50%)	
			<input type="checkbox"/> Carte Dentaide	

HISTORIQUE DE LA TARIFICATION				HISTORIQUE DU RISQUE		
Garantie	20	20	20	20	Primes perçues	Prest. Payées
Vie				AICD	\$	\$
				Maladie complémentaire	\$	\$
DMA				Soins dentaires	\$	\$
				Prestations mutualisées (maladie) ?		\$
PAC						
				20	Primes perçues	Prest. Payées
AILD				AICD	\$	\$
				Maladie complémentaire	\$	\$
AICD				Soins dentaires	\$	\$
				Prestations mutualisées (maladie) ?		\$
Maladie complémentaire	Individuel					
	Familial			20	Primes perçues	Prest. Payées
				AICD	\$	\$
Soins dentaires	Individuel			Maladie complémentaire	\$	\$
	Familial			Soins dentaires	\$	\$
				Prestations mutualisées (maladie) ?		\$

INFORMATIONS SUR LES EMPLOYÉS

Nom	Sexe	DDN	Statut *	Salaire annuel	Occupation
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
6 -					
7 -					
8 -					
9 -					
10 -					
11 -					
12 -					
13 -					
14 -					
15 -					
16 -					
17 -					
18 -					
19 -					
20 -					
21 -					
22 -					
23 -					
24 -					
25 -					

* Statut : I = Individuel, F = Familial, M = Monoparental et E = Exempté

Si vous n'avez pas suffisamment d'espace pour entrer tous vos employés, veuillez y joindre une liste des employés ou compléter un autre formulaire.