



**GROUPE FORCE**  
AVANTAGES SOCIAUX INC.

8940 Boul. Pie IX, Montréal, QC, H1Z 4H9  
T : 514 352-6723 F : 514 352-6721 T : 1 855-34FORCE

**DEMANDE DE SOUMISSION**

## Information générale

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Nombre d'employés : \_\_\_\_\_  
 Nom du conseiller : \_\_\_\_\_  
 Nom du cabinet : \_\_\_\_\_  
 Commissions : \_\_\_\_\_ + "over ride" de Groupe Force

Nature de l'entreprise : \_\_\_\_\_  
 Nombre d'années en opération : \_\_\_\_\_  
 Le groupe est-il présentement assuré? : \_\_\_\_\_  
     Assureur? : \_\_\_\_\_  
     Depuis combien d'années? : \_\_\_\_\_  
 Date de renouvellement : \_\_\_\_\_  
 Le groupe est-il **assuré** en maladie? : \_\_\_\_\_  
 Est-ce qu'il y a des certificats présentement exclus du EP3? : \_\_\_\_\_

**Le certificat EP3 sera fourni lors de la mise en vigueur.**

**Tous les autres détails de la mise en commun et/ou la mutualisation sont indiquées dans le présent document.**

1. Avez-vous des employés contractuels ou saisonniers? : \_\_\_\_\_  
     Si oui, veuillez SVP préciser : \_\_\_\_\_
2. Est ce que 50% de vos employés sont de la même famille : \_\_\_\_\_  
     Si oui, veuillez SVP préciser les liens entre les personnes : \_\_\_\_\_
3. Les participants sont-ils couverts par la CSST? : \_\_\_\_\_  
     Si non, veuillez SVP préciser : \_\_\_\_\_
4. Avez-vous des employés absent du travail présentement? : \_\_\_\_\_  
     Si oui, veuillez SVP préciser les raisons des absences : \_\_\_\_\_
5. Avez-vous des employés en invalidité? : \_\_\_\_\_  
     Si oui, veuillez SVP compléter le tableau ici-bas

Nom	Occupation	Date de départ	Nature de l'invalidité	Date de retour prévu	Exonération des primes



## Information financière

### Historique des taux

DATE DE RENOUELEMENT			
Assurance vie			
Assurance DMA			
Assurance vie PAC			
ILD			
Maladies graves			
ICD			
Maladie			
Individuelle			
Familiale			
Monoparental			
Couple			
Dentaire			
Individuelle			
Familiale			
Monoparental			
Couple			

### Historique des réclamations

#### ASSURANCE MALADIE

Périodes	Primes payées	Réclamations payées*

Mise en commun et/ou mutualisation - \* Les montants sont exclus des réclamations payées

Seuil SCAMQ

Seuils de mise en commun

Expérience courante

Montant mutualisé et/ou mise en commun :

Expérience précédente

Montant mutualisé et/ou mise en commun :

#### ASSURANCE DENTAIRE

Périodes	Primes payées	Réclamations payées

#### ASSURANCE ICD

Périodes	Primes payées	Réclamations payées

# OPTIONS

IMPORTANT, veuillez SVP nous fournir le coût des options suivantes.

**Ne pas nous envoyer plusieurs soumissions, simplement l'impact ou le taux pour chacune des options séparément.**

1	_____
2	_____
3	_____
4	_____
5	_____
6	_____



## Détails du régime

### Description des classes

Classe 1 :

Classe 2 :

Classe 3 :

Classe 4 :

### Description des divisions

Division 1 :

Division 2 :

Division 3 :

Division 4 :

# Garanties

## Assureur

## Classe

### Assurance-vie & Assurance Décès et Mutilation Accidentels

Montant			
Maximum avec preuve d'assurabilité			
Maximum sans preuve d'assurabilité			
Minimum			
Calendrier des réductions			
Terminaison			

### Personnes à charge

Conjoint			
Enfant			

### Maladies graves

Couverture - Salairés			
Maximum sans preuve d'assurabilité			
Terminaison			

### Invalidité de courte durée

Prestation			
Maximum avec preuve d'assurabilité			
Maximum sans preuve d'assurabilité			
Délai de carence			
Blessure accidentelle			
Hospitalisation			
Maladie			
Période d'indemnisation			
Statut fiscal			
Type de régime			
Terminaison			

### Invalidité de longue durée

Prestation			
Maximum avec preuve d'assurabilité			
Maximum sans preuve d'assurabilité			
Délai de carence			
Période d'indemnisation			
Définition de l'invalidité			
Indexation			
Statut fiscal			
Terminaison			

\* Bien que ce sommaire ait été rédigé avec le plus grand soin, il est fourni à titre informatif. Le document légal est votre contrat et/ou brochure de l'assureur, veuillez vous y référer pour plus de détails.

## Garanties... suite

**Assureur**

**Classe**

**Assurance maladie**

**Franchises**

Médicaments			
Hopital, Hors Canada et soins de la vue			
Autres soins médicaux			

**Médicaments**

Type de régime			
Ticket modérateur			
Coassurance			
Couverture			
Vaccins			

**Hospitalisation**

Coassurance			
Hôpital			

**Services paramédicaux**

Coassurance			
Maximum annuel			
Maximum par visite			
Spécialistes couverts			

**Services & Articles médicaux**

Coassurance			
Frais de laboratoire			
Soins infirmiers			
Chaussures orthopédiques			
Orthèses orthopédiques			

**Soins de la vue**

Examen seulement			
Lunettes et lentilles			

**Assurance voyage**

Coassurance			
Assurance Médicale			
Annulation voyage			
Assurance bagages			
Durée de la protection			
Terminaison de l'assurance voyage			

**Services médicaux sur recommandation médicale**

Patients dirigés Hors Canada			
Maximum			
Terminaison			

\* Bien que ce sommaire ait été rédigé avec le plus grand soin, il est fourni à titre informatif. Le document légal est votre contrat et/ou brochure de l'assureur, veuillez vous y référer pour plus de détails.

## Garanties... suite

**Assureur**

**Classe**

**Assurance dentaire**

**Généralités**

Type de régime			
Franchise			
Guide des tarifs			
Examen de rappel			

**Catégories de soins dentaires**

Soins préventifs			
Soins de base			
Endodontie			
Parodontie			
Maximum combiné			
Soins majeurs			
Maximum Soins majeurs			
Orthodontie			
Maximum Orthodontie			
Terminaison			

\* Bien que ce sommaire ait été rédigé avec le plus grand soin, il est fourni à titre informatif. Le document légal est votre contrat et/ou brochure de l'assureur, veuillez vous y référer pour plus de détails.