



ASSURANCE COLLECTIVE - DEMANDE DE SOUMISSION

(copie pdf remplissable disponible sur demande)

Nom(s) du (des) conseiller(s) devant apparaître sur l'analyse (si partenaire, spécifiez) : _____

Devons nous exclure des assureurs de cette demande? _____

Date prévue de la mise en vigueur? _____

Type de service demandé? Étude VIP Référencement

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

Nom du Preneur : _____

Adresse : _____

Téléphone : (____) _____ Télécopieur : (____) _____

Nom de l'administrateur du régime : _____

Langue de correspondance : Français Anglais Courriel: _____

Nature de l'entreprise : _____

En affaire depuis : _____

Existe-t-il un lien de parenté entre les employés et propriétaire(s) de l'entreprise? Oui Non

Si oui, expliquez : _____

2. RENSEIGNEMENTS SUR LES EMPLOYÉS

Y a-t-il :

Des employés saisonniers ou à contrat (travailleurs autonomes) Oui Non

Des employés rémunérés sous forme de commissions, bonis, dividendes? Oui Non

Des employés syndiqués? Oui Non

Si vous avez répondu oui à une de ces questions, expliquez : _____

Note : Veuillez noter qu'il faut prévoir un délai de trois semaines pour compléter l'analyse de marché. Veuillez nous aviser pour une demande de délai spécial, le cas échéant.



2. suite

Les employés sont-ils tous admissibles? Oui Non

Si non, expliquez : _____

Les employés et propriétaire(s) sont-ils protégés par la CNESST et/ou l'assurance emploi?

Oui Non Si non, lesquels et expliquez : _____

Y a-t-il des employés inactifs actuellement (maladie, CNESST, SAAQ, maternité...)?

Oui Non Si oui, précisez la date de l'invalidité, la cause et la date de retour prévue pour chaque invalidité et si l'assureur en place est au courant : _____

3. INFORMATIONS SUR L'ASSUREUR ACTUEL

L'entreprise possède-t-elle un régime d'assurance collective actuellement? Oui Non

(Si oui, remplir cette section)

Assureur actuel : _____ No de police : _____

Depuis : _____ Date de renouvellement : _____

Y a-t-il des employés de plus de 65 ans ? Oui Non Si oui :

Couverts par la RAMQ seulement Couverts par la RAMQ (1er payeur) et l'assureur

Couverts par l'assureur sans surprime avec surprime Montant ? _____

Veillez également nous fournir les documents suivants : Copie d'une facture récente, livrets des employés, taux et expérience des trois dernières années (ou copie des renouvellements).

4. RENSEIGNEMENT GÉNÉRAUX

Nombre de factures à produire : _____

Contribution actuelle ou désirée : Employeur _____% Employés _____%

Période de paye (26, 52 ou autres par année) : _____

5. OPTIONS ET/OU GARANTIES DEMANDÉES

ASSURANCE VIE ET DMA

- _____ fois le salaire annuel
 Montant fixe de _____
Maximum : _____

- SALAIRE COURT TERME** Inclus
 Option

- Attente :** Accident/Hôpital : _____ jour(s)
 Maladie : _____ jour(s)

- Durée :** 17 semaines
 _____ semaine(s)

- Couverture :** 66 2/3 % du salaire (non-imposable)
 75 % du salaire (imposable)
 70 % du salaire (imposable)
 Autres : _____

Maximum : _____ \$ / semaine
Intégration à l'assurance-emploi : _____

ASSURANCE SANTÉ

Médicaments (franchise)

- Aucune
 25 \$ ind. et 50\$ fam
 50 \$ ind. et 100\$ fam
 3\$ par prescription
 5\$ par prescription
 Autres : _____

Médicaments (remboursement)

- 100% générique
 80% générique
 _____ %
 100% autres médicaments
 80% autres médicaments
 _____ % autres médicaments
 Substitution générique obligatoire

Autres frais (franchise)

- Aucune
 25 \$ ind. et 50\$ fam
 50 \$ ind. et 100\$ fam
 Combiné aux médicaments
 Autre _____ \$

Autres frais (remboursement)

- 100%
 80%
 _____ %

Paramédicaux

_____ \$ par visite
_____ \$ par année

VIE PERSONNE À CHARGE

- Conjoint : 10 000 \$ Enfant(s) : 5 000 \$
 Conjoint : 5 000 \$ Enfant(s) : 2 500 \$
 Conjoint : _____ Enfant(s) : _____

- SALAIRE LONG TERME** Inclus
 Option

- Délai :** 17 semaines Autres : _____
 15 semaines si pas de court terme

Couverture : Prestations à palier (non-imposable)
75 % du salaire (imposable)
Autres : _____

Maximum : _____ \$ / mois

- Durée :** 5 ans
 Jusqu'à 65 ans

Autres : _____

Indexation : Oui Non _____ %

- SOINS DENTAIRES** Inclus
 Option

Franchise

- Aucune
 25 \$ ind. et 50\$ fam
 50 \$ ind. et 100\$ fam
 _____ \$

Soins de base

- _____ %
 _____ \$ par année

Soins majeurs

- _____ %
 _____ \$ par année

Orthodontie

- _____ %
 _____ \$ viager

- SOINS DE LA VUE** Inclus
 Option

- Lunettes/lentilles _____ \$ par 24 mois
 Examen _____ \$ par 24 mois

REMARQUES :

6. Liste des employés

Nom du groupe : _____

No	Nom	Sexe	Occupation (1)	Plan (2)	Date de naissance AAAA/MM/JJ	Salaire (3)	Province (4)	Date d'embauche AAAA/MM/JJ (5)	Nbre hres /sem (6)
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									
26									
27									
28									
29									
30									

(1) Indiquer les occupations

(2) Plan : I = Individuel, F = Familial, CO = Couple, MP = Monoparental, E = Exempté

(3) Indiquer si les salaires fournis incluent les commissions, bonis, dividendes ou autres formes de rémunération : Si inclus, spécifier les montants.

(4) Indiquer la province de résidence de l'employé.

(5) Les dates d'embauche sont requises pour des groupes de 10 employés et moins.

(6) Nombre d'heures travaillées par semaine (minimum 20 heures pour être admissible au régime d'assurance collective)

Veuillez noter que toute modification à la liste d'employés peut influencer la tarification.

6. Liste des employés

Nom du groupe : _____

No	Nom	Sexe	Occupation (1)	Plan (2)	Date de naissance AAAA/MM/JJ	Salaire (3)	Province (4)	Date d'embauche AAAA/MM/JJ (5)	Nbre hres /sem (6)
31									
32									
33									
34									
35									
36									
37									
38									
39									
40									
41									
42									
43									
44									
45									
46									
47									
48									
49									
50									
51									
52									
53									
54									
55									
56									
57									
58									
59									
60									

(1) Indiquer les occupations

(2) Plan : I = Individuel, F = Familial, CO = Couple, MP = Monoparental, E = Exempté

(3) Indiquer si les salaires fournis incluent les commissions, bonis, dividendes ou autres formes de rémunération : Si inclus, spécifier les montants.

(4) Indiquer la province de résidence de l'employé.

(5) Les dates d'embauche sont requises pour des groupes de 10 employés et moins.

(6) Nombre d'heures travaillées par semaine (minimum 20 heures pour être admissible au régime d'assurance collective)

Veuillez noter que toute modification à la liste d'employés peut influencer la tarification.

6. Liste des employés

Nom du groupe : _____

No	Nom	Sexe	Occupation (1)	Plan (2)	Date de naissance AAAA/MM/JJ	Salaire (3)	Province (4)	Date d'embauche AAAA/MM/JJ (5)	Nbre hres /sem (6)
61									
62									
63									
64									
65									
66									
67									
68									
69									
70									
71									
72									
73									
74									
75									
76									
77									
78									
79									
80									
81									
82									
83									
84									
85									
86									
87									
88									
89									
90									

(1) Indiquer les occupations

(2) Plan : I = Individuel, F = Familial, CO = Couple, MP = Monoparental, E = Exempté

(3) Indiquer si les salaires fournis incluent les commissions, bonis, dividendes ou autres formes de rémunération : Si inclus, spécifier les montants.

(4) Indiquer la province de résidence de l'employé.

(5) Les dates d'embauche sont requises pour des groupes de 10 employés et moins.

(6) Nombre d'heures travaillées par semaine (minimum 20 heures pour être admissible au régime d'assurance collective)

Veuillez noter que toute modification à la liste d'employés peut influencer la tarification.

7. Ce texte doit être reproduit sur papier en-tête de l'entreprise sollicitée

M1

(Date)

Objet : **Projet d'assurance et ou rente collective (mandat)**

Par la présente, nous désirons retenir les services professionnels de **Gennaro Natale et Groupe Natale-Services Financiers et Assurances Inc** par l'entremise de la firme, **Groupe Censeo Inc.** afin d'être en mesure de procéder à l'étude de notre portefeuille d'assurance et de rente collective.

Ce mandat exclusif et irrévocable de **trois mois** consiste, entre autres, à :

- Procéder à un appel de soumission auprès des assureurs choisis;
- Analyser les soumissions reçues et faire les recommandations appropriées.

Il est entendu que nous ne nous engageons à accepter ni la plus basse, ni aucune des soumissions qui nous seront présentées.

De plus, il est entendu que ce mandat révoque tout autre mandat d'étude émis antérieurement.

Advenant le cas ou une ou des soumissions que vous nous aurez présentées seraient acceptées, vous serez considérés comme agent irrévocable pour fin de commission/honoraires pour la période consenti et ainsi :

- Voir à la mise en vigueur des régimes incluant la vérification des nouvelles polices;
- Donner les conseils et renseignements requis pour la bonne marche du régime.

De plus, nous comprenons que le conseiller ainsi que la firme **Groupe Censeo Inc.**, s'engagent à respecter en tous points la confidentialité des renseignements personnels obtenus de quelque façon que ce soit et s'assurer qu'ils ne seront en aucun cas utilisés pour des fins autres que la négociation et la représentation du contrat collectif.

Signataire autorisé

Nom en lettres moules

Titre

8. Ce texte doit être reproduit sur papier en-tête de l'entreprise sollicitée

M2

(Date)

Objet : **Analyse de marché en assurance et de rente collective (mandat)**

Par la présente, nous désirons retenir les services professionnels de **Gennaro Natale et Groupe Natale-Services Financiers et Assurances Inc** par l'entremise de la firme, **Groupe Censeo Inc.** afin d'être en mesure de procéder à l'étude de notre portefeuille d'assurance et de rente collective.

Ce mandat exclusif et irrévocable de **trois mois** consiste, entre autres, à :

- Procéder à un appel de soumission auprès des assureurs choisis;
- Analyser les soumissions reçues et faire les recommandations appropriées.

Vous êtes également autorisés à communiquer avec nos assureurs dans le but d'obtenir tous les renseignements disponibles concernant notre contrat actuel et jugés utiles à l'étude du dossier.

Il est entendu que nous ne nous engageons à accepter ni la plus basse, ni aucune des soumissions qui nous seront présentées et nous comprenons que le tout se fera sans frais de notre part.

De plus, il est entendu que ce mandat révoque tout autre mandat d'étude émis antérieurement mais ne constitue pas un transfert de courtier chez l'assureur actuel.

Advenant le cas où une ou des soumissions que vous nous aurez présentées seraient acceptées, vous serez considérés comme agent irrévocable pour fin de commission/honoraires pour la période consenti et ainsi :

- Voir à la mise en vigueur des régimes incluant la vérification des nouvelles polices;
- Donner les conseils et renseignements requis pour la bonne marche du régime.

De plus, nous comprenons que le conseiller ainsi que la firme **Groupe Censeo Inc.**, s'engagent à respecter en tous points la confidentialité des renseignements personnels obtenus de quelque façon que ce soit et s'assurer qu'ils ne seront en aucun cas utilisés pour des fins autres que la négociation et la représentation du contrat collectif.

Signataire autorisé

Nom en lettres moules

Titre

9. Ce texte doit être reproduit sur papier en-tête de l'entreprise sollicitée

M3

(Date)

(Assureur actuel)

OBJET :

Transfert de courtier (mandat)
Contrat d'assurance et ou rentes collective no. _____

Par la présente, nous vous avisons qu'en date du _____, nous désirons retenir les services professionnels de **Gennaro Natale et Groupe Natale-Services Financiers et Assurances Inc.** par l'entremise de la firme **Groupe Censeo Inc.** afin d'être en mesure de nous représenter en tant que courtier dans notre contrat d'assurance et rentes collective.

Ce transfert l'autorise donc à obtenir tous les renseignements jugés utiles dans le cadre de son mandat de représentation.

De plus, nous comprenons que le conseiller ainsi que la firme **Groupe Censeo Inc.**, s'engagent à respecter en tous points la confidentialité des renseignements personnels obtenus de quelque façon que ce soit et s'assurer qu'ils ne seront en aucun cas utilisés pour des fins autres que la négociation et la représentation du contrat collectif.

De plus, il est entendu que la firme **Groupe Censeo Inc.** sera considérée comme agent irrévocable pour fin de commission/honoraires, le cas échéant, pour la période consenti.

Espérant le tout conforme, veuillez agréer mes salutations distinguées.

Signataire autorisé

Nom en lettres moules

Titre