

GARANTIES DEMANDÉES

Nom de l'entreprise:

Division:

Assurance vie et M.M.A.

_____ fois le salaire annuel _____ \$ (montant fixe) () option _____

Vie Familiale

() Conjoint: 5 000 \$ / Enfants: 2 500 \$ () Conjoint: _____ \$ / Enfants: _____ \$
() Conjoint: 10 000 \$ / Enfants: 5 000 \$

Salaire Court Terme

_____ % du salaire hebdomadaire _____ jour(s) accident
Imposable () Oui / () Non _____ jour(s) maladie
Durée () 17 semaines / () 26 semaines _____ jour(s) hospitalisation
Intégré au chômage () ou Psc () ?

Salaire Long Terme

Délai de carence: () suite au court terme () 17 semaines Autre: _____
_____ % du salaire mensuel Durée () 2 ans Autre: _____
Imposable () Oui / () Non () 5 ans
Indexation I.P.C. _____ % () jusqu'à 65 ans

Assurance Santé

Hospitalisation: () privée / () semi-privée
Franchise ind.: () 25 \$ () 50 \$ () 100 \$ () 200 \$ Autre: _____
Franchise fam.: () 25 \$ () 50 \$ () 100 \$ () 200 \$ Autre: _____
Remboursement médicaments: () 80 % () 90 % () 100 % Autre: _____
Remboursement autres soins: () 80 % () 90 % () 100 % Autre: _____
Paramédicaux: _____ \$ par visite _____ visite par année
_____ \$ par spécialiste
_____ \$ pour l'ensemble des spécialiste
Examen de la vue: () Inclus / () Non inclus
Soins de la vue: () Inclus / () Non inclus Montant: _____ \$

Assurance soins dentaires

Franchise ind.: () 25 \$ () 50 \$ () 100 \$ Autre: _____
Franchise fam.: () 25 \$ () 50 \$ () 100 \$ Autre: _____
Remboursement: _____ % Base _____ % Prothèse
_____ % Prévention _____ % Orthodontie, max. _____ \$
Remboursement maximum: _____ \$ Barème: () année courante / Autre: _____