



Régime d'assurance collective conçu exclusivement pour les cabinets-membres du RCCAQ

VIGILIS 

Gestionnaire du régime

2540, boulevard Daniel-Johnson,
bureau 200, Laval QC H7T 2S3
☎ 450 682-3828 | 1 866 682-3828
☎ 450 682-8299 | 1 888 682-8299

www.vigilis.ca/rccaq
info@vigilis.ca

DEMANDE DE TARIFICATION

À retourner par télécopie au 1 888 682-8299 ou à l'adresse ci-dessus

Informations

Raison sociale :

Adresse :

.....

Ville : Province : Code postal :

Tél. : Téléc. :

Responsable/titre :

N° membre RCCAQ :

Courriel :

Questionnaire sur le cabinet

Nombre d'employés travaillant plus de 20 heures par semaine : Années en affaires :

Contribution de l'employeur à la prime totale (%) : (contribution minimum demandée : 25%)

Nombre de périodes de paie par année:

Y a-t-il des personnes à assurer absentes du travail en raison d'une invalidité, congé parental ou autre congé autorisé? oui non

Y a-t-il eu, au cours des 3 dernières années, des personnes à assurer absents du travail en raison d'invalidité? oui non

Y a-t-il des personnes à assurer qui ne sont pas protégés par la CSST ? oui non

VOS INFORMATIONS

Si vous avez répondu «oui» à l'une des questions ci-dessus, veuillez fournir les détails dont le nom, le sexe, le statut (individuel/familial/exempté), la date de naissance, le salaire et la date de l'invalidité et du retour prévu au travail :

Le régime doit-il couvrir des employés d'entreprises autres que celle indiquée ou des travailleurs autonomes? oui non

L'entreprise est-elle couverte sous un régime d'assurance collective actuellement? oui non

Si oui, depuis quand et avec quel assureur?

Date du renouvellement : Combien d'assureurs dans les 5 dernières années?

DOCUMENTS À FOURNIR :

Si votre cabinet a déjà un régime en place :

- Une copie de votre livret des garanties;
- Une copie de votre relevé de primes le plus récent, en prenant soin d'y indiquer la date de naissance, le salaire et l'occupation de chaque participant;
- Les documents de renouvellement des deux dernières années, y compris les taux et les résultats techniques.

Si votre cabinet a déjà un régime en place :

- Votre choix des garanties (complétez le document en annexe selon la taille de votre cabinet);
- Le tableau figurant en dernière page dûment rempli.

GROUPE DE 2 EMPLOYÉS (COCHEZ LES OPTIONS CHOISIES)

ASSURANCE VIE + DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Option 1 : 1 x le salaire annuel Option 2 : 2 x le salaire annuel

ASSURANCE VIE - PERSONNES À CHARGE

5 000 \$ conjoint / 2 500 \$ par enfant

ASSURANCE MÉDICAMENTS ET SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

Franchise annuelle : 50 \$ | 50 \$ Portion assurée : 80 %

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Prestations mensuelles : 66,7 % du revenu mensuel Délai de carence : 17 semaines (119 jours)

Durée des prestations : jusqu'à 65 ans

OBLIGATOIRE

ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

(Seulement pour les groupes déjà couverts par cette garantie. Le ou les propriétaires doivent aussi y participer.)

Prestations hebdomadaires : 66,7% du revenu hebdomadaire Durée des prestations : 17 semaines (119 jours)

Délai de carence : accident : 14 jours Maximum de la prestation : 950 \$

hospitalisation : 14 jours

maladie : 14 jours

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Seulement pour les groupes déjà couverts par cette garantie.)

Franchise annuelle : 50 \$ / 50 \$ *

Portion assurée : 80 % des soins de base

Remboursement maximal : 1 000 \$ / année

OPTIONNEL

GROUPE DE 3 À 4 EMPLOYÉS (COCHEZ LES OPTIONS CHOISIES)

ASSURANCE VIE + DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Option 1 : 1 x le salaire annuel Option 2 : 2 x le salaire annuel

ASSURANCE VIE - PERSONNES À CHARGE

5 000 \$ conjoint / 2 500 \$ par enfant

ASSURANCE MÉDICAMENTS ET SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

Franchise annuelle : 50 \$ / 50 \$ Portion assurée : 80 %

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Prestations mensuelles : 66,7 % du revenu mensuel Délai de carence : 17 semaines (119 jours)

Durée des prestations : jusqu'à 65 ans

OBLIGATOIRE

ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

(Seulement pour les groupes déjà couverts par cette garantie. Le ou les propriétaires doivent aussi y participer.)

Prestations hebdomadaires : 66,7% du revenu hebdomadaire Durée des prestations : 17 semaines (119 jours)

Délai de carence : accident : 14 jours Maximum de la prestation : 950 \$

hospitalisation : 14 jours

maladie : 14 jours

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (Seulement pour les groupes déjà couverts par cette garantie.)

Franchise annuelle : 50 \$ | 50 \$ *

Portion assurée : 80 % des soins de base

Remboursement maximal : 1 000 \$ / année

OPTIONNEL

GROUPE DE 5 EMPLOYÉS ET PLUS (COCHEZ LES OPTIONS CHOISIES)

ASSURANCE VIE + DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Option 1 : 1 x le salaire annuel

Option 2 : 2 x le salaire annuel

ASSURANCE VIE - PERSONNES À CHARGE

Option 1 : 5 000 \$ conjoint / 2 500 \$ par enfant

Option 2 : 10 000 \$ conjoint / 5 000 \$ par enfant

ASSURANCE MÉDICAMENTS ET SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

FRANCHISE ANNUELLE

PORTION ASSURÉE

<input type="checkbox"/> Option 1 :	25 \$ 25 \$	100 %
<input type="checkbox"/> Option 2 :	50 \$ 50 \$	100 %
<input type="checkbox"/> Option 3 :	50 \$ 50 \$	80 %
<input type="checkbox"/> Option 4 :	100 \$ 100 \$	80 %
<input type="checkbox"/> Option 5 :	100 \$ 100 \$	100 %
<input type="checkbox"/> Option 6 :	250 \$ 250 \$	80 %
<input type="checkbox"/> Option 7 :	250 \$ 250 \$	100 %
<input type="checkbox"/> Option 8 :	100 \$ 200 \$	75 % (pas de carte de paiement direct)

Note : Les frais d'hospitalisation et hors-Canada sont remboursés à 100%, sans franchise.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Prestations mensuelles : 66,7 % du revenu mensuel

Délai de carence : 17 semaines (119 jours)

Durée des prestations : jusqu'à 65 ans

ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

Prestations hebdomadaires : 66,7% du revenu hebdomadaire

Durée des prestations : 17 semaines (119 jours)

Maximum de la prestation : 950 \$

Délai de carence (jours)		Accident	Hospitalisation	Maladie
		<input type="checkbox"/> Option 1	0	0
<input type="checkbox"/> Option 2		14	14	14

Incluant Excluant les propriétaires

ASSURANCE DES SOINS DENTAIRES

	Franchise annuelle	Facteur de remboursement	
<input type="checkbox"/> Option 1	50 \$ / 50 \$	80 % Base	Max. 1 000 \$ / année
<input type="checkbox"/> Option 2	50 \$ / 50 \$	100 % Base* / 50 % Majeurs	Max. 2 000 \$ / année (combiné)
<input type="checkbox"/> Option 3	50 \$ / 50 \$	100 % Base* / 50 % Majeurs 50 % Orthodontie	Max. 2 000 \$ / année (combiné) Max. 1 500 \$ viager
<input type="checkbox"/> Option 4	50 \$ / 50 \$	80 % Base* / 50 % Majeurs 50 % Orthodontie	Max. 2 000 \$ / année (combiné) Max. 1 500 \$ viager

OBLIGATOIRE

OPTIONNEL

