

Assurance maladie collective en excédent de sinistres

La Réassurance en excédent de sinistres SécurPak^{MC}, offerte par SécurIndemnité inc., est souscrite auprès de la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances, et est administrée par Voyage Expert Sécurité Financière (E.T.F.S.) inc., membre du Groupe financier ETFS.

^{MC} Le logo Royal & SunAlliance est une marque de commerce appartenant à la Royal & SunAlliance plc et autorisée sous licence par la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances.

Dans l'éventualité où l'Assureur accepte la présente proposition d'assurance collective, les dispositions qu'elle renferme feront partie du contrat collectif émis par celui-ci; le proposant sera alors désigné sous le nom de « titulaire du contrat » et l'employé ou le membre, sous le nom de « participant ».

39 08 APP FCA 0505 000

PARTIE A — RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME

1.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jour Mois Année	Date d'effet demandée (00 h 01 le J/M/A)	Ne rien inscrire ici	Numéro du contrat
				<input type="text"/>

Il est entendu que ce contrat sera en vigueur pour une période de un (1) an, sans renouvellement automatique, à partir de la date d'effet.

PARTIE B - RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Proposant (raison sociale complète)	Catégorie d'entreprise

3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Adresse	Rue	Bureau

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Province	Code postal

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone	Télécopieur	Courriel

4. Filiales devant être incluses (raison sociale complète)

Nom de la compagnie/l'organisme	Adresse	Nombre d'employés	Catégorie d'entreprise
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Personnes-ressources - Indiquer le nom de la personne à contacter à des fins de vérification de protection, de versement des primes, etc.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
SécurIndemnité inc.	Roxanne Cormier

Nom de la compagnie/l'organisme

Nom de l'administrateur du régime

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1, City Centre Drive, bureau 620	Mississauga	Ontario	L5B 1M2

Adresse

Ville

Province

Code Postal

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(905) 949-3011	(905) 949-3029	r.cormier@claimsecure.com

Numéro de téléphone

Numéro de télécopieur

Courriel

Langue

Contrat: Français Anglais Correspondance: Français Anglais

PARTIE C - PERSONNES À ASSURER

6. Employés et personnes à charge

Tous les employés actifs admissibles du titulaire de contrat participant, ainsi que ses employés en congé autorisé ou en arrêt de travail pour invalidité, de même que leurs personnes à charge admissibles, à condition que toutes ces personnes aient moins de soixante-dix (70) ans, résident au Canada, et soient couvertes par un régime d'assurance maladie provincial ou fédéral valide et en vigueur.

Conjoint : a) Conjoint légal, ou conjoint de fait avec qui la personne cohabite sur une base continue.

Enfants à charge : a) Moins de _____ ans ou b) moins de _____ ans (26 ans maximum), s'il s'agit d'un étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu. (Indiquer les limites d'âge actuelles au titre de l'assurance maladie complémentaire)

7. Participation/description des catégories

Nombre total d'employés sur la liste de paye : _____ Nombre total d'employés admissibles : _____ Nombre total d'employés participants : _____

Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C
Description : _____ _____ _____	Description: _____ _____ _____	Description: _____ _____ _____
Participation <input type="checkbox"/> Obligatoire <input type="checkbox"/> Volontaire	Participation <input type="checkbox"/> Obligatoire <input type="checkbox"/> Volontaire	Participation <input type="checkbox"/> Obligatoire <input type="checkbox"/> Volontaire

- Est requise la participation de l'ensemble des employés et des personnes à leur charge actuellement couverts par le régime d'assurance maladie complémentaire de base du proposant.
- Lorsque, à quelque moment que ce soit, la participation du groupe baisse en deçà de 75 % du nombre initial, l'Assureur se réserve le droit d'ajuster les taux en conséquence ou de mettre fin au contrat.

PARTIE D — GARANTIES DU RÉGIME

8.

SécurPak Spécifique ^{MC}	SécurPak Spécifique Plus ^{MC}	SécurPak Maximum Global ^{MC}
Maximum de 1 000 000 \$ par année Fixation annuelle du seuil de réassurance particulier pour des personnes dont les sinistres excèdent, ou tendent à excéder, soixante-quinze pourcent (75%) du seuil du groupe.	Maximum viager de 1 000 000 \$ Fixation de seuils de réassurance particuliers (à l'entrée en vigueur et au premier renouvellement), pour des personnes dont les sinistres excèdent, ou tendent à excéder, soixante-quinze pourcent (75%) du seuil du groupe.	Maximum de 1 000 000 \$ par année Fixation d'un seuil de réassurance globale sur le total des sinistres du groupe, limitant la prise en charge des sinistres catastrophiques ou la fréquence des sinistres plus élevée que prévu.
Seuils de réassurance		Seuils de réassurance globale
Médicaments et soins médicaux complémentaires ou Médicaments seulement : 5 000 \$, 7 500 \$, 10 000 \$, 15 000 \$, 20 000 \$, 25 000 \$		110 %*, 115 %*, 120 %, 125 %, 150 %
Soins médicaux complémentaires excluant les médicaments : 6 900 \$, 13 800 \$		des sinistres prévus
<input type="checkbox"/> Médicaments et soins médicaux complémentaires <input type="checkbox"/> Médicaments seulement Seuil de réassurance : _____ \$ par personne assurée	<input type="checkbox"/> Médicaments et soins médicaux complémentaires <input type="checkbox"/> Médicaments seulement Seuil de réassurance : _____ \$ par personne assurée	<input type="checkbox"/> Médicaments et soins médicaux complémentaires <input type="checkbox"/> Médicaments seulement Seuil de réassurance globale : _____ % des sinistres prévus
<input type="checkbox"/> Soins médicaux complémentaires excluant les médicaments (Québec seul. - moins de 125 employés) Seuil de réassurance : _____ \$ par certificat	<input type="checkbox"/> Soins médicaux complémentaires excluant les médicaments (Québec seul. - moins de 125 employés) Seuil de réassurance : _____ \$ par certificat	
PARTICULARITÉS : <ul style="list-style-type: none"> • Taille minimale du groupe – vingt-cinq (25) assurés principaux • Relevé des sinistres des douze (12) derniers mois pour chaque membre de la famille • Lorsque le montant des sinistres des douze (12) derniers mois d'une personne faisant partie du groupe dépasse, ou tend à excéder, soixante-quinze pour cent (75 %) du seuil de réassurance demandé, le seuil est réajusté. • Lorsque les renseignements sur les sinistres individuels ne sont pas accessibles, les exigences suivantes s'appliquent : <ol style="list-style-type: none"> 1) des renseignements sur l'ensemble des sinistres survenus au cours de deux (2) années complètes, de même que le nombre de participants assurés par année doivent être produit ; 2) un seuil de réassurance minimal de 10 000 \$ pour l'assurance Médicaments et maladie complémentaire et de 7 500 \$ pour l'assurance Médicaments seulement ; et 3) de nouveaux seuils peuvent être proposés un (1) an après la demande d'assurance, sous réserve d'une analyse de la sinistralité. • Les sinistres concernant le Compte de gestion-santé et le Coût majoré sont exclus 		PARTICULARITÉS : <ul style="list-style-type: none"> • Taille minimale du groupe – vingt-cinq (25) assurés principaux • Minimum de trois (3) ans de résultats techniques par garantie • Les volumes de couverture Individuelle et Famille correspondant aux résultats techniques de chaque année • Fixation du facteur déterminant de l'excédent de pertes par le représentant autorisé de l'assureur • Les sinistres concernant le Compte de gestion-santé et le Coût majoré sont exclus • Offerte avec ou sans SécurPak Spécifique^{MC} ou SécurPak Spécifique Plus^{MC} * Seulement offerts aux groupes de 100 assurés principaux et plus.

PARTIE G - DÉCLARATIONS ET SIGNATURES

(Signatures originales requises)

Par les présentes, le proposant demande à Voyage Expert Sécurité Financière (E.T.F.S.) inc. d'établir un contrat collectif en excédent de sinistres, sans participation, d'après les déclarations et assertions consignées dans la présente proposition. En outre, le proposant déclare qu'au meilleur de sa connaissance, les déclarations et réponses fournies à la date du présent document sont complètes et véridiques et il consent à ce que ces déclarations et réponses constituent la proposition devant faire partie intégrante du contrat. Le proposant consent également à ce que l'assurance prenne effet conformément aux modalités et conditions du contrat devant lui être émis et sous réserve de celles-ci, et qu'en aucun cas le contrat ne puisse prendre effet avant que la proposition n'ait été approuvée par L'Assureur. Il reconnaît également qu'aucune déclaration consignée dans la présente proposition ne peut lier Voyage Expert Sécurité Financière (E.T.F.S.) inc. ni modifier ses droits.

Si l'Assureur décèle des erreurs ou omissions dans la présente proposition, il est autorisé par les présentes à modifier la proposition en notant ses modifications à la partie intitulée CORRECTIONS ET MODIFICATIONS. Lesdites CORRECTIONS ET MODIFICATIONS sont réputées être ratifiées lorsque le proposant accepte le contrat accompagné d'une copie de la proposition modifiée.

Le proposant reconnaît que l'assurance n'entre en vigueur qu'une fois les conditions suivantes remplies :

1. Voyage Expert Sécurité Financière (E.T.F.S.) inc. a approuvé la présente proposition et la date d'effet du contrat, à son siège social;
2. le proposant a payé la facture initiale (le simple fait d'encaisser le paiement ne signifie pas nécessairement que la proposition a été approuvée).

* **Ne pas annuler l'assurance en vigueur tant que la présente proposition n'a pas été acceptée par ETFS.**

Le proposant accepte toute modification apportée au contrat d'assurance maladie collective en excédent de sinistres en vertu des lois, règlements et (ou) directives en vigueur.

Fait à _____ ce _____ jour de _____ de l'an 200_____.

Nom du proposant (raison sociale complète)

Nom du signataire autorisé (membre du groupe [EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE])

Titre

Signature du signataire autorisé

Signature du témoin

PARTIE H - RENSEIGNEMENTS SUR LE PRODUCTEUR

12.

Nom (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Nom de la compagnie

Adresse

Signature

Jour

Mois

Année

Réservé au siège social

Corrections et Modifications

Numéro du contrat	Date d'effet (jour/mois/année)	Autorisé par	Date (jour/mois/année)