

DEMANDE DE SOUMISSION

Régime d'assurance collective multi-employeur
RAPNQ-RBA



Assurance vie et MMA		Option 1	Option 2
Obligatoire		<input type="checkbox"/> 1 x salaire annuel	<input type="checkbox"/> 2 x salaire annuel
Assurance vie des personnes à charges		Option 1	Option 2
Obligatoire, si protection familiale ou monoparentale	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Conjoint 5 000 \$	<input type="checkbox"/> Enfant 2 500 \$
Maladie grave de l'adhérent		Option 1	
Facultatif	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> 25 000 \$	
Maladie grave des enfants		25 000 \$	
Inclus		25 000 \$	
Assurance salaire courte durée		Option 1	Option 2
Facultatif	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> 70 % (A) <input type="checkbox"/> 66,67 % (N.A.)	<input type="checkbox"/> PSC - 75 % (A) <input type="checkbox"/> PSC - 70 % (N.A.)
Assurance salaire longue durée		Option 1	Option 2
Obligatoire		<input type="checkbox"/> 70 % (A) <input type="checkbox"/> 60 % (N.A.)	<input type="checkbox"/> 75 % (A) <input type="checkbox"/> 66 2/3 % (N.A.)
Assurance maladie		Option 1	Option 2
Obligatoire		<u>Régime 1 (A)</u> <input type="checkbox"/> Assurance voyage et annulation de voyage Chambre d'hôpital semi-privée Soins de la vue	<u>Régime 2 (A & N.A.)</u> <input type="checkbox"/> Médicament 80 % -25 \$ (fr) Soins paramédicaux 100 % <input type="checkbox"/> Médicament 75 %-50 \$ -100 \$ (fr) Soins paramédicaux 80 %
• Sauf si le conjoint à une protection	<input type="checkbox"/> Exempté		
Soins dentaires		Option 1	
Facultatif	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> 80%-25 \$ (fr) max. 1500 \$/an	

Coordonnées

Nom de la personne ressource : _____

Entreprise : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Nombre d'employés : _____

Courriel : _____