

# Questionnaire de l'employeur — régime collectif

Ces renseignements permettent d'obtenir des soumissions exactes et comparables. Répondez au mieux de vos connaissances : une réponse approximative vaut mieux qu'une case vide. Joignez la liste des employés (fichier Excel fourni) sans nom complet ni numéro d'assurance sociale.

## A. L'entreprise

Raison sociale

NEQ

Secteur d'activité (code SCIAN si connu)

Adresse

Années d'existence

Établissements hors Québec?

Employés à temps plein

Employés à temps partiel

Employés syndiqués

Employés saisonniers

## B. Personnes-ressources

Personne-ressource (nom)

Titre

Courriel

Téléphone

Décideur final (nom et titre)

## C. Situation actuelle

☐ Aucun régime

☐ Assurance collective

☐ RVER

☐ REER ou CELI collectif

☐ RPDB

☐ RPA

Assureur ou administrateur actuel

Numéro de contrat

Date de renouvellement

Prime mensuelle actuelle totale

Part payée par l'employeur (%)

# Questionnaire de l'employeur — régime collectif

Pourquoi revoir le régime maintenant? (hausse de prime, service, garanties, nouvelle obligation RVER...)

## D. Admissibilité souhaitée

Heures minimales par semaine

Période d'attente (probation)

Catégories d'employés (cadres, employés, autres)

## E. Garanties d'assurance souhaitées

- |                                                                                      |                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assurance vie de base (montant fixe ou multiple du salaire) | <input type="checkbox"/> Décès et mutilation accidentels (DMA) |
| <input type="checkbox"/> Vie des personnes à charge                                  | <input type="checkbox"/> Invalidité de courte durée            |
| <input type="checkbox"/> Invalidité de longue durée                                  | <input type="checkbox"/> Maladies graves                       |
| <input type="checkbox"/> Médicaments                                                 | <input type="checkbox"/> Soins paramédicaux et hospitaliers    |
| <input type="checkbox"/> Soins dentaires                                             | <input type="checkbox"/> Assurance voyage d'urgence            |
| <input type="checkbox"/> Programme d'aide aux employés (PAE)                         | <input type="checkbox"/> Télémédecine                          |
| <input type="checkbox"/> Compte gestion santé (CGS)                                  | <input type="checkbox"/> À recommander par le représentant     |

## F. Volet retraite

- |                               |                                                        |                                         |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RVER | <input type="checkbox"/> REER collectif                | <input type="checkbox"/> CELI collectif |
| <input type="checkbox"/> RPDB | <input type="checkbox"/> RPA à cotisations déterminées | <input type="checkbox"/> À recommander  |

Cotisation de l'employeur souhaitée (% du salaire ou \$)

Jumelage (ex. 1 \$ pour 1 \$ jusqu'à 4 %)

## G. Budget et échéancier

Budget mensuel visé par employé

Partage des coûts souhaité (employeur / employés)

Date d'entrée en vigueur souhaitée

Meilleur moment pour une rencontre

Priorités, préoccupations ou situations particulières (employés en invalidité, retraités, employés hors Québec...)

## H. Documents à joindre (s'il y a un régime en place)

- |                                                           |                                                         |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Contrat et brochure des employés | <input type="checkbox"/> Dernier avis de renouvellement |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

## Questionnaire de l'employeur — régime collectif

- |                                                                            |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rapports d'expérience des 2 ou 3 dernières années | <input type="checkbox"/> Dernière facture de primes                       |
| <input type="checkbox"/> Liste des employés (fichier Excel fourni)         | <input type="checkbox"/> Liste des invalidités en cours (sans diagnostic) |

### I. Attestation

Rempli par (nom et titre)

- ☐ J'atteste que les renseignements fournis sont exacts au meilleur de ma connaissance.

Signature

Date

### CONFIDENTIALITÉ

Ces renseignements servent uniquement à préparer les soumissions et sont protégés selon la Loi 25. Ne transmettez aucun diagnostic médical, nom complet d'employé ni numéro d'assurance sociale.