

Pré-autorisation d'une PME

Veillez soumettre votre demande à : PMEEpprobation@qc.croixbleue.ca

INFORMATIONS SUR LE CONSEILLER

Nom du conseiller	Code de distributeur
-------------------	----------------------

INFORMATIONS SUR LA PME

Raison sociale / Nom commercial		
Adresse		
Type d'entreprise		
La compagnie existe-t-elle depuis au moins un an? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, indiquez l'année d'entrée en activités
Nombre total d'employés travaillant dans l'entreprise	Nombre potentiel d'employés à assurer	Numéro d'enregistrement de l'entreprise
Site internet de l'entreprise		
Garanties choisies :		
<input type="checkbox"/> Invalidité	<input type="checkbox"/> Assurance maladie complémentaire - sans médicaments	
<input type="checkbox"/> Rente mensuelle	<input type="checkbox"/> Soins dentaires	
<input type="checkbox"/> Frais généraux	<input type="checkbox"/> Autres : _____	
<input type="checkbox"/> Vie temporaire 65 ans		

INFORMATION SUR LA DEMANDE

La demande est-elle en remplacement d'une assurance collective? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de la demande (jj/mm/aaaa)
Si oui, veuillez nous fournir l'expérience de réclamation du groupe.	

IMPORTANT : Un minimum de 3 employés répondant aux critères de la déclaration du Formulaire PME est exigé pour soumettre une PME. L'émission de toute police d'assurance est conditionnelle au respect de cette règle.

À L'USAGE DE CROIX BLEUE

Décision	
Actuariat	Direction de la Sélection des risques
Signature	Signature
Date (jj/mm/aaaa)	Date (jj/mm/aaaa)