

# TRINOME

- CONSEILS -

## ASSURANCE COLLECTIVE

### Formulaire de renseignements

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

1	Avez-vous actuellement un programme d'assurance collective ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
2	<b>Si Oui,</b> Quel est l'assureur en place ?	
3	Quelle est la date du prochain renouvellement ?	
4	Quelle est l'année de votre dernière mise en marché ?	
5	Combien d'employés sont couverts ?	
6	<b>Quel type de couverture est présentement offert :</b> Assurance-vie ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
7	Assurance salaire de longue durée ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
8	Assurance salaire de courte durée ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
9	Quelle est la coassurance pour les médicaments ?	<input type="radio"/> 70% <input type="radio"/> 75% <input type="radio"/> 80% <input type="radio"/> Autre
10	Assurance soins dentaires ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
11	Assurance maladie grave ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
12	Type de régime ?	<input type="radio"/> Traditionnel <input type="radio"/> Modulaire <input type="radio"/> Auto-assuré
<b>Si non, communiquez avec nous afin de savoir comment Trinome Conseils peut contribuer à établir un régime d'assurance collective pour votre entreprise</b>		

Une fois complété, enregistrez une copie du document et prière de le retourner par courriel à  
[manon.odesse@trinomeconseils.com](mailto:manon.odesse@trinomeconseils.com)