****

**COLLECTE D’INFORMATION**

ASSURANCE COLLECTIVE & ÉPARGNE- RETRAITE

Nom de l’entreprise

Date de la rencontre

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DONNÉES SUR L’ENTREPRISE | | | | | | | |
| Nom légal : | - | | | | | | |
| Activité principale : | - | | | | | | |
| Adresse : | - | | | | | | |
| Téléphone : | - | | | | | | |
| Télécopieur : | - | | | | | | |
| Type d’entreprise : | Enregistrée  Société de personnes  Société par action | | | | | | |
| Nombre d’actionnaires / associés : | | | | - | | | |
| En affaires depuis : | - | | | | | | |
| Y a-t-il d’autres entreprises à assurer en vertu de ce contrat? | | | | | | | |
| Non  Oui, mais avec un lien de propriété  Oui, mais sans lien de propriété | | | | | | | |
| Personne autorisée à signer le mandat : | | | | | - | | |
| Titre : | - | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| DONNÉES SUR LES EMPLOYÉS | | | | | | | |
| Nombre d’employés |  | | | | | | |
| - Total | - | | | | | | |
| - Admissibles | - | | | | | | |
| - Syndiqués : | - | | | | | | |
| - Non syndiqués : | - , incluant XX cadres supérieurs | | | | | | |
| S’il y a présence d’un syndicat, ce dernier sera-t-il codétenteur du contrat? | | | | | | | |
| Oui  Non, précisez | | | - | | | | |
| Travaillent-ils tous au Québec : | | | | | | | |
| Oui  Non, précisez | | | - | | | | |
| Y a-t-il des employés absents du travail ? | | | | | | |  |
| Non  Oui, voir tableau en annexe | | | | | | |  |
| Y a-t-il des besoins particuliers pour certaines catégories d’employés suivantes? | | | | | | | |
| * Employés expatriés | | Non  Oui, précisez | | | | - | |
| * 65 ans et plus | | Non  Oui, précisez | | | | - | |
| * Employés retraités | | Non  Oui, précisez | | | | - | |
| * Autres | | Non  Oui, précisez | | | | - | |
| L’entreprise a-t-elle subie une variation marquée du personnel au cours de la dernière année : | | | | | | | |
| Non  Oui, précisez | | | - | | | | |
| Le groupe comprend-il des emplois saisonniers?  Non  Oui | | | | | | | |
| Le groupe comprend-il des catégories d’emploi à risque, telles que pilote d’avion, dynamiteur, plongeur sous-marin, mineur, ou des emplois de réhabilitation pour les handicapés physiques ou mentaux? | | | | | | | |
| Non  Oui, précisez | | | - | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DONNÉES SUR LA RÉMUNÉRATION | | | | | | | | |
| Nombre de paies par année : | | - | | | | | | |
| Quels sont les éléments de la rémunération à assurer? | | | | |  | | | |
| Salaire  Dividendes  Boni  Pourboire  Autres, précisez : | | | | | | | - | |
|  | | | | | | | | |
| DONNÉES SUR LE RÉGIME D’ASSURANCE COLLECTIF | | | | | | | | |
| Le groupe est-il actuellement assuré sous un régime collectif? | | | | | | | | |
| Non  Oui : Part de la prime à la charge de l’employeur | | | | | | - | | |
| Quels sont les principaux motifs et objectifs de la mise en place / révision du régime d’assurance collective? | | | | | | | | |
| - | | | | | | | | |
| - | | | | | | | | |
| Assureur actuel, le cas échéant : | | | | | | | | |
| - Depuis combien d’années : | | | | - | | | | |
| - Nombre de renouvellement depuis 5 ans | | | | - | | | | |
| - Satisfaction à l’égard de l’assureur actuel : | | | | - | | | | |
| - Date du renouvellement : | | | | - | | | | |
| - Conseiller actuel : | | | | - | | | | |
| - Satisfaction à l’égard du conseiller actuel : | | | | - | | | | |
| Y a-t-il un programme de communication continu en assurance collective au sein de l’entreprise?  Oui  Non | | | | | | | | |
| Dans le cadre d’une révision de votre régime, aimeriez-vous discuter de l’un ou l’autre des sujets suivants? | | | | | | | | |
| Médicaments génériques  Programme de communication continue aux employés  Programme d’aide aux employés (PAE) | | | | | Programme de mieux-être  Compte de gestion santé ou de soins de santé  Télémédecine | | | |
| Êtes-vous en mesure de fournir tous les renseignements requis : | | | | | | | | |
| Dernière facture | | | | | | | | Oui  Non |
| Liste des modifications apportées au régime depuis 5 ans | | | | | | | | Oui  Non |
| Copie du contrat et des avenants | | | | | | | | Oui  Non |
| Copie du dépliant du régime pour chacune des classes | | | | | | | | Oui  Non |
| Liste des employés par classe | | | | | | | | Oui  Non |
| Copie des trois dernières lettres de renouvellement incluant : | | | | | | | |  |
| * le taux des trois dernières années, | | | | | | | | Oui  Non |
| * les primes payées lors des trois dernières années, | | | | | | | | Oui  Non |
| * les prestations payées lors des trois dernières années; | | | | | | | | Oui  Non |
| Copie de la politique ou de la convention collective, s’il y a lieu | | | | | | | | Oui  Non |
| Profil de la consommation des médicaments, si possible | | | | | | | | Oui  Non |
| Tout autre rapport spécialisé pouvant être produit par l’assureur | | | | | | | | Oui  Non |
|  | | | | | | | | |
| RÉGIME DE RETRAITE COLLECTIF | | | | | | | | |
| Y a-t-il actuellement un régime d’épargne-retraite en vigueur dans l’entreprise? | | | | | | | | |
| Non  Oui, précisez | - | | | | | | | |
| **Loi sur le RVER :** Les employés de 18 ans ou plus comptant plus d’un an de service au sein de l’entreprise peuvent-ils tous participer à ce régime?  Non  Oui | | | | | | | | |
| Aimeriez-vous obtenir une proposition? | | | Non  Oui | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| informations sur le gestionnaire | | | | |
| Nom du gestionnaire : | - | | | |
| Titre : | - | | | |
| Courriel : | - | | | |
| Entreprise : | - | | | |
| Adresse : | - | | | |
| Téléphone : | - | | Télécopieur : |  |
| Ci après désigné **LE MANDANT** | | | | |
|  | | | | |
| informations sur le conseiller | | | | |
| Nom du conseiller : | - | | | |
| Discipline ou catégorie de disciplines autorisées : | | - | | |
|  | | - | | |
|  | | - | | |
|  | | - | | |
| No de certificat émis par l’Autorité des marchés financiers | | - | | |
| Représentant rattaché au cabinet | | - | | |
| Ci après désigné **LE MANDATAIRE** | |  | | |

MANDAT DE REPRÉSENTATION

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT : | | |
| **Article I : NATURE ET ÉTENDUE DU MANDAT** | |  |
| Le **MANDANT** confie par les présentes au MANDATAIRE qui accepte, dans l’intérêt du mandant et des adhérents, soit les employés ou les membres d’un syndicat ou d’une association professionnelle désignés collectivement ci-après LE GROUPE, le mandat de représenter avec loyauté, diligence et bonne foi au fins de remplir les tâches déterminées ci-après par un « X » dans les cases prévues à cette fin. | | |
| **Collecte des données** | |  |
|  | Procéder à une collecte des données du gestionnaire | |
|  | Procéder à un sondage d’opinion web des employés | |
|  | Procéder à une analyse et à la validation du renouvellement existant | |
|  | Procéder à la mise en place ou à la mise à jour de la politique de gestion interne de l’assurance collective et/ou du régime d’épargne-retraite | |
|  |
| **Analyse des données et détermination des nouveaux besoins** | | |
|  | Procéder à l’analyse des données en vue de déterminer les nouveaux besoins pour la prochaine période d’assurance tels qu’ils seront illustrés dans un régime optionnel optimal répondant au constat de tous les problèmes à résoudre. | |
|  |
|  |
|  | Rédiger un devis et procéder au besoin à un appel d’offres auprès des assureurs/institutions financières suivants : | |
|  |
|  | - | |
|  | Recevoir et analyser les soumissions aux fins de déterminer l’assureur / institution financière qui présente la meilleure offre en fonction du régime optionnel optimal recherché. | |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Recommandations et mise en vigueur des recommandations retenues** | | | |
|  | Rédiger et présenter un rapport écrit de recommandations sous forme de compte rendu des tâches confiées au mandat à l’origine et des résultats produits. | | |
|  | Procéder à la mise en vigueur des modifications retenues dans le régime actuel ou à la mise en place du nouveau régime retenu par le gestionnaire, le cas échéant. | | |
|  | |  | |
| **Service après-vente en cours de contrat** | | | |
|  | Encadrer le mandat dans le cadre de la gestion régulière du régime : gestion de l’admissibilité des employés; gestion des mouvements de personnel; gestion de la facture et des retenues salariales; gestion des prestations; gestion du renouvellement du régime; gestion des changements apportés au contrat cadre; gestion de la communication continue auprès des employés. | | |
|  |
|  | |  | |
| **Article II : PORTÉE DU MANDAT** | | | |
| Le **MANDANT** s’engage à respecter le mandat confié au MANDATAIRE, à collaborer avec ce dernier et lui fournir, ou lui permettre d’obtenir, tous les documents et renseignements nécessaires pour l’exécution de ce mandat. | | | |
| **Exclusivité du mandat :**  Le MANDAT confie au MANDATAIRE **un mandat exclusif**. Un mandat non exclusif est non recommandé | | | |
| **Transfert et prise en charge du régime actuel :**  Le MANDAT transfère la gestion de son régime actuel, détenu auprès de courtier portant le numéro de contrat, au mandataire nommé ci-dessus à compter du date les commissions prévues au contrat étant payables à compter du date. | | | |
| **Article III : ENGAGEMENT DU MANDATAIRE** | | | |
| Le **MANDATAIRE** s’engage par les présentes à agir avec loyauté, diligence et bonne foi afin de remplir le présent MANDAT. Le MANDATAIRE s’engage de plus à respecter la confidentialité des renseignements personnels obtenus dans le cadre de ce mandat et à les utiliser aux fins pour lesquelles ils ont été obtenus, à moins qu’une loi ou tribunal compétent de le relève de cette obligation. | | | |
| **Article IV : DIVULGATION D’INTÉRÊT DU MANDATAIRE** | | | |
| Aucun assureur ni institution financière ne détient une participation dans le Groupe Vigilis ni ne financent d’aucune façon nos activités. Nous nous engageons d’ailleurs à vous aviser immédiatement de tout conflit d’intérêt potentiel qui pourrait survenir.  Je confirme que l’ensemble de mes recommandations s’appuieront uniquement sur mon analyse de besoins et sur la recherche de solutions avantageuses pour le groupe de personnes assurées.  Au cours de la dernière année, la répartition des affaires placées par entreprise a été comme suit : | | | F:\Avis_de_divulgation\Tarte 2018-fr-01.png |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Article V : DURÉE DU PRÉSENT MANDAT** | | | |
|  | Mandat initial pour la durée du date au date | | |
|  | Mandat courant pour la période du date au date (si le MANDAT donne suite au rapport de recommandations du MANDATAIRE) | | |
|  | Amendement au mandat initial daté du date | | |
| Le mandat courant sera automatiquement renouvelé pour des périodes semblables d’un an à moins que l’une ou l’autre partie ne donne un avis visant à l’amender ou à l’annuler au moins 30 jours avant son renouvellement. | | | |
| **Article VI : CESSATION DU PRÉSENT MANDAT** | | | |
| L’une ou l’autre partie peuvent, pour une cause raisonnable, mettre fin à tout temps au présent mandat en donnant un préavis écrit de 60 jours civils à cet effet à l’autre partie à sa dernière adresse connue. Il est expressément convenu que cette résiliation ne prendra effet ay plus tôt que deux mois après la date de son expédition en ce qui à trait au paiement de la rémunération du MANDATAIRE.  Pendant cette période de deux mois, le MANDANT autorise spécifiquement le MANDATAIRE à réclamer et à recevoir la rémunération mentionnée à l’article IV, et s’engage à verser une compensation de  montant $ / mois pendant ces deux mois si, par défaut du MANDANT de respecter le délai de préavis, le MANDATAIRE ne peut recevoir la rémunération prévue au contrat. | | | |
| **Article VII : CONTRAT ANTÉRIEUR** | | | |
| Les parties conviennent expressément que ce mandat est exclusif et que, par conséquent, tout autre mandat accordé à un tiers est révoqué à compter de la date de signature du présent mandat. | | | |
| **Article VII : ACCUSÉ DE RÉCEPTION** | | | |
| **Le MANDANT** reconnaît avoir lu, compris, accepté le présent mandat et en avoir reçu copie. | | | |
|  | | | |
| **Signature du MANDANT** | |  | **DATE** |
|  | | | |
| **Signature du MANDATAIRE** | |  | **DATE** |



**www.cdpsf.com**