

Pour l'employé : Accès en temps réel à l'information pertinente

- Pour consultation
- Pour effectuer des requêtes de changement supervisées
- Préparation automatique d'un rapport comptable individuel pouvant être intégré au rapport d'impôt

Pour l'employé : Accès en temps réel à l'information pertinente

Tél.: (450) 629-6158
Fax.: (450) 629-1874

Conjoint(e) Enfants Garanties Bénéficiaires Résumé des couvertures et des coûts

Employé # :
Certificat : **845423592**
Division : **Division 001**
Classe : **Employee (all)**

*** Toutes les informations identifiées par un astérisque sont obligatoires .**

Nom : Richer * Prénom : Mélanie
Assurance social : 295324548 *
Statut d'assurance : Family * Sexe: Femme Homr
Date de naissance : 1979/12/19 * AAAA/MM/JJ Date d'embauche : 2002/05/24 A/
Département : Occupation : préposée aux chamt
Adresse : "352, chemin Nantel Norc City : Vendée
Code postal : J0T 2T0 * Province : Saskatchewan
Courriel : rs@mdibls.qc.ca
Numéro de téléphone : (450)629-6158 Téléphone bureau : (450)629-1874
Fax :
Langue : Français Anglais
Autochtone : Oui Non CSST : Oui Non

Un accès WEB permet à chacun des employés d'accéder directement à l'ensemble des informations pertinentes. Il pourra le faire dans sa langue de préférence.

Appliquer



Tel.: (450) 629-6158
Fax.: (450) 629-1874



Employee Children Beneficiaries Benefits Summary of coverages and costs

Spouse information

* Items marked with an asteriks are required

Last name :	Mayesr Johnson	*	First name :	Barbara
Social insurance # :	123456789	*	Birth date :	1980/11/11 *YYYY/MM
Certificate # :	ch123987		Sex :	<input checked="" type="radio"/> Female <input type="radio"/> Male
Policy # :	POL98745		Insurer :	Aetna Canada
Common law date :	2000/08/23	YYYY/MM/DD	Wedding date :	YYYY/MM
Date of eligibility :	2001/01/01	YYYY/MM/DD	Final date :	YYYY/MM
Benefit coordination :	No coordination	<input checked="" type="checkbox"/>		
Smoker :	<input type="radio"/> Yes	<input checked="" type="radio"/> No		

L'employé pourra consulter chacune des pièces d'informations.

Apply

en Français ou en English

Johnson Inc.
1650 Place de Lierre
Vimont, Laval, Qc. H7G 4X7



Conjoint(e)

Enfants

Garanties

Bénéficiaires

Résumé des couvertures et des coûts



Information de l'enfant

*** Toutes les informations identifiées par un astérisque sont obligatoires .**

Nom :	Cathford	* Prénom :	Mikey
Numéro assurance social :		* Date de naissance :	1999/11/04
Sexe :	<input type="radio"/> Femme <input checked="" type="radio"/> Homme	Statut :	Étudiant <input type="checkbox"/>
Coordination des bénéfices :	<input type="checkbox"/> Pas de coordination	Preuves :	Oui <input type="checkbox"/>
Date d'admissibilité :		Date de terminaison :	

L'Astérix * rouge indique des informations essentielles qui doivent être présentes.

Appliquer

Annuler



Tel.: (450) 629-6158
Fax.: (450) 629-1874



Spouse

Children

Employee

Beneficiaries

Summary of coverages and costs

Plusieurs onglets d'information sont disponibles.

Benefit's information

- Policy holder life insurance Yes
- Employee's accidental death and dismemberment Yes
- Short term disability Yes
- Long term disability Yes
- Extended health care Couple
- Drug insurance Couple
- Eye care Couple
- Dental care Single

Johnson Inc.
1650 Place de Lierre
Vimont, Laval, Qc. H7G 4X7



Conjoint(e)

Enfants

Employé

Bénéficiaires

Résumé des couvertures et des coûts

Information sur les garanties

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Assurance Vie de l'adhérent | Oui <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Décès Mutilation Accidentelle de l'adhérent | Oui <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Indemnité Hebdomadaire | Oui <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Invalidité Prolongée | Yes <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assurance Maladie | Couple <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assurance Médicaments | Couple <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Soins Visuels | Couple <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Soins Dentaires | Single <input type="checkbox"/> |

Appliquer

Annuler

Monsieur Jean
1650 Place de Lierre
Vimont, Laval, Qc. H7G 4X7

Monsieur Jean Inc.
Conseiller en Assurances Collectives

En mode requête de changement, l'employé sera autorisé à:

- Demander des calculs hypothétiques pour évaluer l'implication de changements possibles**
- Faire des requêtes de changement qui seront supervisées et validées par un professionnel autorisé.**

Insured Information's

Myers, Michel	<i>Employee #</i>		<i>Employer</i>	Mike's Muffler
	<i>SIN</i>	293 023 384	<i>Certificate #</i>	483320392
"642, Providence"	<i>Gender</i>	M	<i>Division</i>	001, Division 001
Repentigny	<i>Birth date</i>	1967/09/15	<i>Class</i>	01, Employee (all)
BC	<i>Hiring date</i>	1999/08/16		
J6A 7G4	<i>Insurance status</i>	Individual	<i>Job status</i>	Active
	<i>Insure salary</i>	34000.00 \$	<i>Job title</i>	directeur de l'hébergement
	<i>Enrolment date</i>	2004/10/27	<i>No of annual payroll</i>	52

Group insurance Information's

<i>Policy #</i>	<i>Insurer</i>
POL955789	Great-West

Note: The information comes from of active contracts and the real employee file

Description of benefits and costs

	<i>Admissible</i>	<i>Coverage</i>	<i>Monthly</i>	<i>By pay period</i>	
				<i>Employer</i>	<i>Employee</i>
Policy holder life insurance	Yes	\$25,000.00	\$6.25	\$1.44	\$0.00
Employee's accidental death and dismemberment	Yes	\$25,000.00	\$1.25	\$0.29	\$0.00
Short term disability	Yes	\$436.00	\$52.32	\$0.00	\$12.07
Long term disability	Yes	\$1,889.00	\$34.00	\$0.00	\$7.85
Extended health care	Yes	Individual	\$41.32	\$9.54	\$0.00
Drug insurance	Yes	Individual	\$29.46	\$6.80	\$0.00
Eye care	Yes	Individual	\$8.85	\$2.04	\$0.00
Dental care	Yes	Individual	\$25.32	\$5.84	\$0.00

Summary

<i>Monthly</i>		<i>Pay period</i>		<i>Taxable benefits</i>		<i>Deductible benefits</i>	
<i>Sub total</i>	198.77 \$	<i>Employee</i>	19.92 \$	<i>Qc-LIFE</i>	0.00 \$	<i>Fed-Life</i>	1.44 \$
<i>Adjustment</i>	0.00 \$	<i>Employer</i>	25.95 \$	<i>Qc-HC</i>	0.00 \$	<i>Fed</i>	0.00 \$
<i>Prov Ins tax</i>	0.00 \$						
<i>Total</i>	198.77 \$	<i>Total</i>	45.87 \$	<i>Total</i>	0.00 \$	<i>Total</i>	1.44 \$

L'employé sera en mesure d'obtenir un document papier représentant l'état de son dossier.

Informations de l'assuré

Richer, Mélanie	# employé		Employeur	Mike's Muffler
	NAS	295 324 548	# certificat	845423592
"352, chemin Nantel Nord"	Sexe	F	Division	001, Division 001
Vendée	Date naissance	1979/12/19	Classe	01, Employee (all)
SK	Date d'embauche	2002/05/24		
JOT 2T0	Statut d'assurance	Familial	État d'emploi	Actif
	Salaire assuré	17000.00 \$	Emploi occupé	préposée aux chambres
	Date d'admissibilité	2004/10/27	Nb retenues annuelles	52

Enfants

Nom	Prénom	NAS	Sexe	naissance	Statut
Cathford	Mikey		M	1	

Informations assurance collective

# Police	Assureur
POL955789	Great-West

Note : les informations proviennent calcul rapide

En mode requête de changement, l'employé pourra également obtenir un rapport reflétant des changements proposés tout en conservant l'opportunité d'accepter ou abandonner la demande de modifications.

Description des couvertures et des coûts

	Admissible	Couverture	Mensuel	Par période de paie	
				Employeur	Employé
Assurance Vie de l'adhérent	Oui	\$25,000.00	\$6.25	\$0.00	\$1.44
Décès Mutilation Accidentelle de l'adhérent	Oui	\$25,000.00	\$1.25	\$0.00	\$0.29
Indemnité Hebdomadaire	Oui	\$218.00	\$26.16	\$0.00	\$6.04
Invalidité Prolongée	Oui	\$945.00	\$17.01	\$0.00	\$3.93
Assurance Maladie	Oui	Familial	\$70.25	\$0.00	\$16.21
Assurance Médicaments	Oui	Familial	\$58.57	\$12.99	\$0.53
Soins Visuels	Oui	Familial	\$16.32	\$3.77	\$0.00
Soins Dentaires	Oui	Familial	\$50.64	\$11.69	\$0.00

Sommaire

Mensuel	Période de paie	Avantages imposables		Avantages déductibles	
Sous-total	246.45 \$	Employé	28.44 \$	Qc-VIE	0.00 \$
		Employeur	28.45 \$	Qc-MAL	0.00 \$
Taxe ass prov	0.00 \$			Fed-Vie	0.00 \$
				Prov.	45.19 \$
				Féd	16.74 \$
Total	246.45 \$	Total	56.89 \$	Total	0.00 \$

Informations de l'assuré

Sirois, Richard	# employé		Employeur	Stéphanie Excel Inc
	NAS		# certificat	
	Sexe	M	Division	001, Stéphanie Excel Inc
	Date naissance	1950/01/30	Classe	01, Tous les employés
QC	Date d'embauche	2001/07/04	État d'emploi	Actif
	Statut d'assurance	Familial	Emploi occupé	Président
	Salaire assuré	98500	Nb retenues annuelles	52

Cummulatif par garantie du 2004/01/01 au 2004/12/31

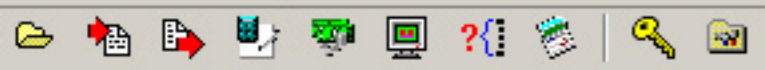
	Admissible	Couverture	Prime	Retenues à la source	
				Employeur	Employé
Assurance Vie de l'adhérent	Oui	Couverture	121.00 \$	36.44 \$	60.45 \$
Décès Mutilation Accidentelle de l'adhérent	Oui	Couverture	36.00 \$	24.93 \$	10.07 \$
Assurance Vie des personnes à charges	Oui	Familial	7.83 \$	3.52 \$	4.18 \$
Indemnité Hebdomadaire	Oui	Couverture	762.30 \$	0.00 \$	745.85 \$
Invalidité Prolongée	Oui	Couverture	365.40 \$	0.00 \$	357.35 \$
Assurance Maladie	Oui	Familial	1 138.14 \$	1 113.35 \$	0.00 \$
Assurance Médicaments	Oui	Familial	0.00 \$	0.00 \$	0.00 \$
Assurance Vie facultative de l'adhérent	Oui		0.00 \$	0.00 \$	0.00 \$

Sommaire du 2004/01/01 au 2004/12/31

Assurance collective		Retenues à la source		Avantages imposables		Avantages déductibles	
Sous-total	2430.67 \$	Employé	1177.90 \$	Qc-VIE	64.89 \$	Fed-Vie	39.96 \$
Taxe ass prov	218.76 \$	Employeur	1178.24 \$	Qc-MAL	1113.35 \$	Prov.	636.20 \$
						Féd	0.00 \$
Total	2649.46 \$	Total	2356.14 \$	Total	1178.24 \$	Total	39.96 \$

Formule de calcul pour fins d'impôt

	Provincial	Fédéral
Primes payées (garanties santé)	636.20 \$	0.00 \$
+ Franchises payées durant cette période	\$	\$
+ Coassurance absorbée durant cette période	\$	\$
- 3% du salaire assurable	\$	\$
= Résultat du calcul	\$	\$



Liste des requêtes de mouvements

Dossier : Stéphanie Excel Inc Statut de la requête : Accepté

Champ de recherche : Statut de la requête Valeur de la recherche : Accepté

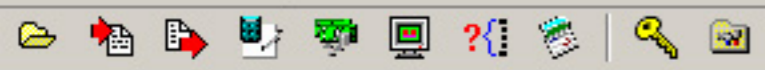
Nom employé	Créé le	Date du traitement	Origine
Riopelle, Jean	2004-06-18	2004-10-06	Allegroupe
Sirois, Richard	2004-09-10	2004-10-06	Allegroupe
Riopelle, Jean	2004-09-20	2004-10-06	Allegroupe
Himbert, David	2004-10-06	2004-10-06	Allegroupe

Description du mouvement
Date effective = 2004/01/01 Motif : Changement admissibilité

Créé par: Employeur 02 relie au dossier Flex Inc

Fermer

Le gestionnaire autorisé a accès à un module de supervision qui lui permettra d'assurer le suivi de chacun des dossiers soumis.



Requête de mouvement employé

No requête **10** Origine **Allegroupe** Créateur **02 relie au dossier** | Date requête **2004-10-06**
 Employé **Martel, Francois** Statut **Suspend** Administrateur Date traité

Employé Mouvement Conjoint Enfants et Bénéficiaires

Modification demandée

Date de saisie: 2004-01-20 Division: 001 - Stéphanie Excel Inc
 Date effective: 2004-11-01 Classe: 01 - Tous les employés
 Code changement: Changement salaire Module:
 État d'emploi: Actif
 Fumeur: N
 Salaire assuré: 52500
 Salaire réel: 52500

- Fonctions
- Calcul
 - Impression
 - Transmettre
 - Accepté
 - Refuser
 - Suspens
 - Supprimer
 - Fermer

Gar	ADM	Statut	Preuves	Grand-père	Mult. / Unité	Flexible	État
VIE	- <input checked="" type="checkbox"/>	O					
DMA	- <input checked="" type="checkbox"/>	O					
PAC	- <input checked="" type="checkbox"/>	F					
IH	- <input checked="" type="checkbox"/>	O					
IP	- <input checked="" type="checkbox"/>	O					
AM	- <input checked="" type="checkbox"/>	F					
MED	- <input checked="" type="checkbox"/>	F					
VFA	- <input checked="" type="checkbox"/>	N	O		2		

Il pourra alors accepter le changement, y apporter des modifications ou encore refuser le changement.