

# Répartitions des primes

Les services à l'enfance Grandir ensemble  
Régime d'assurance collective No. 165729 – La Great-West

En vigueur le \_\_\_\_\_

Indiquer la portion de la prime payée par l'employeur et la portion payée par l'employé pour chacune des garanties :

	Employé %	Employeur %
Assurance-vie		
Assurance-vie des personnes à charge		
Mort ou mutilation accidentelles		
Invalidité de longue durée		
Soins de santé – célibataire		
Soins de santé supplémentaire – familiale		
Soins dentaires – célibataire		
Soins dentaires - familiale		

## FACTURATION

Veillez indiquer si vous préférez recevoir votre facturation en français ou anglais :

Français

Anglais

Division : \_\_\_\_\_

Nom du Service de garde : \_\_\_\_\_

Nom de la direction : \_\_\_\_\_

Signature de la direction : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

SVP retourner à l'attention de Dianne Stables par télécopieur 613 789-3022 ou par courriel [dianne.stables@grandirensemble.ca](mailto:dianne.stables@grandirensemble.ca). Merci beaucoup de votre collaboration.