

Bureau de Montréal : 1001, boul. De Maisonneuve O, bur. 900 Montréal, QC H3A 3C8
T: 514-845-7861 ou 1-855-845-7861 | F: 514-844-7862 | www.assurancesum.ca

Bureau de Toronto : 18 King St. E., Suite 903 Toronto, ON M5C 1C4
T: 416-603-7864 ou 1-877-603-7864 | F: 416-603-7861 | www.suminsurance.ca

PROPOSITION DE RENOUVELLEMENT – ARCHITECTES ET INGÉNIEURS ASSURANCE DE LA RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

1. NOM DU PROPOSANT : _____

2. HONORAIRES :

	12 DERNIERS MOIS		12 MOIS EN COURS		PRÉVISIONS 12 PROCHAINS MOIS	
Dates	Mois/Année	Mois/Année	Mois/Année	Mois/Année	Mois/Année	Mois/Année
	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___
a) HONORAIRES BRUTS (b, c, d et e compris)						
b) Honoraires payés aux sous-consultants*						
c) Honoraires tirés de projets assurés séparément						
d) Honoraires pour projets aux É.-U.						
e) Honoraires pour projets hors de l'Amérique du Nord						
f) Valeur des constructions						

* Le proposant requiert-il une preuve d'assurance de responsabilité professionnelle pour ses sous-consultants en souscrivant une police sur une base annuelle ? Oui Non

3. NOMBRE D'EMPLOYÉS (N'INCLUANT PAS LES ASSOCIÉS ET LES ADMINISTRATEURS DE LA SOCIÉTÉ) :

Architectes _____ Ingénieurs _____ Arpenteurs _____ Technologues _____

Opér. théodolite _____ Dessinateurs _____ Personnel de bureau _____ Autres _____

4. Y A-T-IL EU DES CHANGEMENTS DANS VOS ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES OU LES DÉCLARATIONS FAITES DANS VOTRE PROPOSITION L'AN DERNIER ?

Oui Non Si oui, précisez :

ACTIVITÉ	%
	%
	%
	%
	%

5. A) LE PROPOSANT EST-IL CONSCIENT DE RÉCLAMATIONS (AUTRES QUE CELLES DÉJÀ DÉCLARÉES AUX ASSUREURS) QUI AURAIENT ÉTÉ FAITES CONTRE LE PROPOSANT, SES ASSOCIÉS ANTÉRIEURS OU TOUT ASSOCIÉ OU ADMINISTRATEUR ACTUEL ? Oui Non

B) LE PROPOSANT EST-IL CONSCIENT DE QUELCONQUE ACTE, D'ERREUR, D'OMISSION OU DE CIRCONSTANCE (AUTRES QUE CELLES DÉJÀ DÉCLARÉES AUX ASSUREURS) QUI PUISSE ENTRAÎNER DES RÉCLAMATIONS CONTRE LE PROPOSANT, SES ASSOCIÉS ANTÉRIEURS OU QUELCONQUE DE SES ASSOCIÉS OU ADMINISTRATEURS ACTUELS ? Oui Non

Si la réponse à la question 5 a) ou 5 b) est oui, veuillez compléter le formulaire d'historique de réclamation ci-joint :

NOTE : LA POLICE NE PROTÈGE CONTRE AUCUNE RÉCLAMATION OU CIRCONSTANCE DÉCRITE À LA QUESTION 5 a) OU 5 b), OU TOUTE ERREUR, OMISSION OU CIRCONSTANCE QUI PUISSE ENTRAÎNER UNE RÉCLAMATION CONNUE PAR LE PROPOSANT AVANT LA DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE CETTE POLICE.

6. DES ASSOCIÉS, DIRIGEANTS, ADMINISTRATEURS OU PROFESSIONNELS LIBÉRAUX SALARIÉS ONT-ILS FAIT L'OBJET D'UNE SUSPENSION DE PERMIS, D'UNE AMENDE OU D'UNE RÉPRIMANDE AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES ?

Oui Non Si oui, annexe des précisions.

7. ASSURANCE REQUISE :

LIMITES :

- 250 000 / 500 000 \$
- 500 000 / 1 000 000 \$
- 1 000 000 / 1 000 000 \$
- 1 000 000 / 2 000 000 \$
- 2 000 000 / 2 000 000 \$
- 3 000 000 / 3 000 000 \$
- 4 000 000 / 4 000 000 \$
- 5 000 000 / 5 000 000 \$
- Autre _____

FRANCHISES

- 2 500 \$ (Min.)
- 5 000 \$
- 10 000 \$
- 25 000 \$
- 50 000 \$
- Autre _____

Nous affirmons, par la présente, que les déclarations et les détails sont vrais. Nous n'avons fait aucune fausse déclaration et n'avons supprimé aucun fait matériel. Nous convenons que cette déclaration servira de fondement pour tout engagement ou tout contrat ou toute assurance souscrit avec l'assureur, et que les limites et franchises, telles que déterminées dans ledit engagement ou contrat d'assurance, auront force de loi.

Il est entendu et convenu que l'achèvement de cette proposition ne lie aucunement l'assureur à l'émission de la police d'assurance et inversement, le proposant à la souscription de ladite assurance.

Dans l'éventualité où le proposant reçoit des informations qui influent sur les questions 5 a) ou 5 b) de cette proposition, et ceci, suite au dépôt de ladite proposition auprès de l'assureur et avant la date d'entrée en vigueur de la couverture, il est entendu et convenu que l'assuré en informera immédiatement l'assureur par écrit.

Signature du Proposant : _____ Date : _____

Nom et titre (en majuscules) : _____

NOM DU COURTIER : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE : _____

FAX : _____

COURRIEL : _____

GESTIONNAIRES
D'ASSURANCES

SUM

STRATEGIC
UNDERWRITING
MANAGERS INC

Bureau de Montréal : 1001, boul. De Maisonneuve O, bur. 900 Montréal, QC H3A 3C8
T: 514-845-7861 ou 1-855-845-7861 | F: 514-844-7862 | www.assurancesum.ca

Bureau de Toronto : 18 King St. E., Suite 903 Toronto, ON M5C 1C4
T: 416-603-7864 ou 1-877-603-7864 | F: 416-603-7861 | www.suminsurance.ca