

**PROPOSITION
INSPECTEURS EN BÂTIMENTS
ASSURANCE MULTIRISQUE DE BUREAU**

L'UNIQUE
assurances générales

Assurco inc.

4381 Bannantyne, Verdun (Québec) H4G 1C6 info@assurco.ca Tel / fax (514) 990 3138
Courtier et gestionnaire de risques d'assurances faisant principalement affaire avec L'Unique assurances générales inc.

Demande de Soumission <input type="checkbox"/>	Émission du contrat <input type="checkbox"/>	Numéro	Prélèvements bancaires <input checked="" type="checkbox"/>
Date effective :		À l'attention de :	
Nom du proposant : (corporation)		Date de naissance (de chacun des propriétaires) :	
Nom des propriétaires :			
Adresse postale du proposant : « <u>Code postal important</u> »		No. Téléphone	
		No. Télécopieur :	
		Courriel :	@
Adresse de votre bureau : « <u>Code postal important</u> »			
Votre bureau d'affaires est-il sur les lieux de votre résidence : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Si oui : Avez-vous vérifié si vous êtes déjà protégé pour la responsabilité civile de vos activités par le contrat d'assurance de votre résidence.			
Décrivez <u>toutes</u> vos Activités professionnelles : « <u>compléter la section RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS</u> »			
Votre bureau est-il dans un immeuble ayant d'autres Activités <u>par des tiers</u> : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Si oui, décrivez ces activités :			
Avez- vous des employés de bureau : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> combien : tâches :			
Êtes-vous membre d'une association professionnelle : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> laquelle :			
Nombre d'inspections par année :		nombre d'expertise par année :	
Chiffre d'affaires en inspections :		Chiffre d'affaires en expertise :	
Type de d'immeuble que vous inspectés ou expertisé :			
Quel type d'expertise faites-vous :			
Quel instrument utilisé vous pour vos inspections ou expertises :			
Régions ou sous exercés vos activités professionnelles :			
Activités et/ou opérations hors Québec Non <input type="checkbox"/> Si oui <input type="checkbox"/> endroit :			volume d'affaire : \$
Recettes brutes par activité(s) : (\$ inspection) (\$ expertise) (\$ témoins expert)			
Détails des sinistres survenus depuis les trois (3) dernières années : aucun sinistre <input type="checkbox"/> SI OUI <input type="checkbox"/> NOMBRE :			
(NOTE : S.V.P., NE PAS INCLURE LES RÉCLAMATIONS DE RESPONSABILITE ERREUR ET OMISSION)			
Depuis quand le proposant exerce-t-il cette activité professionnelle?			
Faillite antérieure : Non <input type="checkbox"/> Si oui <input type="checkbox"/> en quelle année et précisez :			
Refus ou résiliation d'un assureur : Si oui <input type="checkbox"/> expliquez :			
Créancier (s) : sur immeuble :		sur équipement : (décrire)	
Assureur actuel :		Date d'Échéance :	Prime :

DESCRIPTION DE LA CONSTRUCTION DE L'IMMEUBLE ABRITANT VOTRE BUREAU

Année de construction : _____ Nombre d'étages : _____

Murs : (1) résistant au feu (2) Incombustible (3) Acier sur acier (4) Maçonnerie (5) Bois/Brique (6) Bois Toit : Béton Acier Bois Autre :Planchers : Béton Bois Autre :Chauffage : ELECTRIQUE : Oui Non Disjoncteurs Fusibles

AUTRE : (Spécifiez) _____

Avez-vous un chauffage d'appoint tel que : : combustion lente : poêle a boisRénovations : Électricité Année _____ Plomberie Année _____ Chauffage Année _____
Toiture Année _____ Autre(s) _____Superficie (spécifiez pi² ou m²) votre Local (bureau) : _____ Rez-de-chaussée : _____ Total du bâtiment : _____**PROTECTION VOL (sur les lieux où se trouve votre bureau)** Spécifiez la marque du système d'alarme : _____Protection du local : Complète Partielle Alarme locale Barreaux en grillage Autre _____Installation d'alarme reliée : Station centrale Police Non reliée Ligne protégée Autre _____**PROTECTION INCENDIE (sur les lieux où se trouve votre bureau)**

Appareils de cuissons, spécifiez la marque et le modèle du système de protection (une copie du rapport d'inspection de l'entretien du système est requise) : _____

Poteau d'incendie à moins de 305 mètres (1000 pieds) : Oui Non Poste de pompiers à moins de 2,5 km (1,5 mille) : Oui Non Détecteurs de fumée : Oui Non Extincteurs portatifs : Oui Non Nombre _____ Gicleurs automatiques appropriés : Oui Non **RISQUE DE VOISINAGE** QUARTIER : RÉSIDENTIEL Oui Non COMMERCIAL : Oui Non NOTE : EN VOUS PLAÇANT DOS À LA RUE, INDIQUEZ-NOUS CE QUI SE TROUVE :

Gauche : - Distance _____ Construction _____ Occupation _____

Droite : - Distance _____ Construction _____ Occupation _____

Arrière : - Distance _____ Construction _____ Occupation _____

PRIME TOTALE :(PROGRAMME DES INSPECTEURS EN BÂTIMENTS) 400 \$ (plus taxes)**PRIME ANNUELLE, GARANTIE POUR 2 ANS .****Déclaration du proposant**

La personne autorisée soussignée déclare qu'au meilleur de sa connaissance les renseignements donnés aux présentes sont vrais. La signature de la présente proposition n'oblige pas le soussigné à souscrire l'assurance mais il est convenu que le présent formulaire constitue le fondement du contrat au cas où il serait émis et fera partie intégrante du contrat d'assurance.

Le Proposant reconnaît avoir en sa possession une copie conforme des présentes dûment complétées et signées. Il est entendu que cette proposition n'engage d'aucune façon l'Assureur à émettre un contrat d'assurance au Proposant.

Nom _____ Signature _____ titre _____ Date _____

ASSURANCE MULTIRISQUE DE BUREAU

Pour les inspecteurs en bâtiments

SOMMAIRE DES GARANTIES, pour fin d'information seulement

Note : ce sommaire ne constitue pas un contrat ni une note de couverture,
seul le contrat (si requis) devant être émis par L'Unique assurances générales inc.,.

ASSURANCE DES BIENS - Formule étendue x	Règle Prop.	Franchise	Montant	Taux	Prime
Contenu de toute description / Multirisque de bureau B1080.02	90%	500 \$	10, 000		Incluse
Matériel - Valeur à neuf x B1340.01			inclus		Incluse
Objets divers B1170.01	80%	500	2,000		Incluse
Extensions de garantie incluant : frais de déblai, 5,000\$ biens dans nouvel emplacement, 500 \$ timbres et espèces					
250 \$ aux biens des dirigeants et employés, 250 \$ arbres et arbustes (limites de 1,000 \$), 1,000 \$ comptes clients,					
1,000 \$ factures sur cartes de crédit, 1,000 \$ document de valeur, Reconstitution automatique de la garantie après sinistre					
ASSURANCE DES PERTES D'EXPLOITATION			Montant	Taux	Prime
Perte réelle subie <input type="checkbox"/> Pertes des Loyers <input type="checkbox"/>	OPTION				Sur demande
frais supplémentaires pour maintenir les opérations, B1080.02	500 \$		1,000 \$		Incluse
ASSURANCE CRIME		Franchise	Montant	Taux	Prime
Détournements, Disparition, Destruction – Formule A		250 \$	2,500 \$		Incluse
(Inclus : Vol avec violences intérieur et extérieur) C3030.01		Inclus	Inclus		Incluse
ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE		Franchise	Montant	Taux	Prime
Lieux/activités (par sinistre) R4000.01		500 \$	2, 000, 000 \$		Incluse
Montant global : dommage matériel et corporel					
Risque produits/après opérations (par période d'assurance)		500 \$	2, 000, 000 \$		Incluse
Responsabilité pour préjudice personnel		500 \$	2, 000, 000 \$		Incluse
Automobile des non-proprétaire FPQ / NO 6		500 \$	2, 000, 000 \$		Incluse
Responsabilité locative – Formule Étendue (par situation)		500 \$	100, 000 \$		Incluse
Frais médicaux par personne		500 \$	10, 000 \$		Incluse
Assurance responsabilité sur base d'événement			Aucune Responsabilité professionnelle par ce contrat		
BRIS DES ÉQUIPEMENTS		Franchise	Montant	Taux	Prime
Sans climatisation <input type="checkbox"/> Avec climatisation <input type="checkbox"/>					Sur demande

DESCRIPTION DES ÉQUIPEMENTS SPÉCIFIQUES DE VOTRE BUREAU (SI VOUS DÉSIREZ LES ASSURER SPÉCIFIQUEMENT)

AVIS : PROTECTION SPÉCIFIQUE OPTIONNELLE SUJETTE À SURPRISE (si nécessaire, faire liste sur une feuille séparée) *Sur demande*

MARQUE : MODEL: SERIE : VALEUR : DATE ACHAT :

ORDINATEUR :

CAMÉRA DIGITALE :

CELLULAIRE :

APPAREIL DE MESURE :

COFFRE FORT :

APPAREIL INFRA ROUGE :

AUTRES :