

À envoyer par courriel à : info@abernier.ca

\*\*\* SERVICES DE GARDE DE + DE 9 ENFANTS \*\*\*

Nom du service de garde :		Date désirée du début de la couverture d'assurance :	
Adresse du risque :		Ville :	
Province :	Code Postal :	Nombre de place :	
Numéro de téléphone cellulaire :		Adresse courriel :	
Numéro de téléphone du service de garde :			
Affectation :	<input type="checkbox"/> Service de garde	<input type="checkbox"/> Bureau coordonnateur	Nombre de place du bureau coordonnateur :
Créanciers :	<input type="checkbox"/> Bâtiment	<input type="checkbox"/> Contenu	Bailleurs : <input type="checkbox"/>
Nom :	Adresse :	Nom :	Adresse :
Nom :	Adresse :	Nom :	Adresse :
Assurés additionnels : <input type="checkbox"/> :		Êtes-vous : Propriétaire <input type="checkbox"/> ou Locataire <input type="checkbox"/>	
Nom :	Adresse :	<b>Si Propriétaire :</b>	
Nom :	Adresse :	Montants d'assurance : Bâtiment \$ Contenu \$	
Date d'échéance de votre police :		<b>Si Locataire :</b>	
		Êtes-vous responsable des améliorations locatives : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		Montants d'assurance : Contenu \$	
		Amélioration locative \$	
		*Si locataire, veuillez-nous faire parvenir votre copie de bail.	

DESCRIPTION DU BÂTIMENT (À COMPLÉTER QUE VOUS SOYEZ PROPRIÉTAIRE OU LOCATAIRE)			
Superficie occupée: p.c.	Présence d'un sous-sol: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nombre d'étage(s) du bâtiment :	
Superficie totale: p.c.	Autres occupations dans le bâtiment (restaurants, commerces, etc.): <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Année de construction :
Si oui, lesquels :			
Si + de 25 ans, année de rénovations pour :		*Rénovations COMPLÈTES et non partielles	
Électricité :	Plomberie :	Toiture :	Chauffage :
Informations du type de construction :		Charpente de toit : <input type="checkbox"/> Bois <input type="checkbox"/> Béton <input type="checkbox"/> Acier	
Planchers : <input type="checkbox"/> Bois <input type="checkbox"/> Béton <input type="checkbox"/> Acier		Type de chauffage :	
Alarme feu : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Alarme vol : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Reliée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Reliée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Si oui, mentionner la compagnie :		Si oui, mentionner la compagnie :	
Système de détection des dégâts d'eau (Détection et contrôle les fuites d'eau en coupant l'entrée d'eau): <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Présence de gicleurs dans le bâtiment: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Si oui, date d'installation du détecteur (mois/année) :			
Cas antérieur d'inondation : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Cas antérieur de refoulement d'égout : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Si oui date :		Si oui, date :	
Cuisinière commerciale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Hotte commerciale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Piscine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Jeux d'eau : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Trampoline : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Surface synthétique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Camps de jour : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / Sur les lieux : <input type="checkbox"/>	Hors des lieux : <input type="checkbox"/>	
Module de jeux : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Adresse si hors des lieux :		
Énumérer les bâtiments voisins à moins de 40 pieds s'il y a lieu : (Exemple : Station-service, épicerie, église, restaurant, résidences, etc.)			
Face :		Gauche :	
Arrière :		Droite :	
Avez-vous présentement une couverture d'assurance ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, svp nous fournir une copie de la police accompagnée de ce formulaire.			
Qui vous a référé chez nous ?		Pourquoi faites-vous une demande de soumission chez nous ?	
Qu'est-ce qui vous importe le plus dans vos assurances ? <input type="checkbox"/> Protections <input type="checkbox"/> Service à la clientèle <input type="checkbox"/> Prix Autre(s) :			
Avez-vous eu des réclamations au cours des 5 dernières années ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, svp veuillez compléter les champs suivants:			
Cause :	Date :	Montant payé :	
Cause :	Date :	Montant payé :	
Cause :	Date :	Montant payé :	

L'assurance est accordée sous réserve des conditions du contrat approprié. Ce formulaire même dûment complété ne confère aucun droit au titulaire de la police et n'impose aucune obligation à l'assureur.

Toutes les questions, sans exceptions, doivent être dûment complétées afin que nous puissions traiter votre demande.