

La présente demande inclut les types d'assurance suivants : propriété, bris de machinerie et d'équipement, actes criminels, responsabilité civile générale et erreurs et omissions.

- Veuillez répondre aux questions suivantes au nom de l'organisme.
- Le formulaire de demande doit être signé et daté par un dirigeant autorisé de l'organisme.

Si l'espace prévu pour répondre à toute question est insuffisant, veuillez joindre une feuille supplémentaire. Veuillez cocher la case si une feuille supplémentaire est jointe au formulaire.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

| | | | | | |
|--|--|----------|----------|-------------|--------------|
| Nom du courtier ou du producteur | | | | | |
| Dénomination sociale complète du demandeur | | | | | |
| Adresse de l'emplacement du risque (joindre une annexe s'il y a plusieurs emplacements) | | | | | |
| Adresse | | | | | |
| Ville | | Province | | Code postal | |
| Adresse postale (si elle diffère de l'adresse ci-dessus) | | | | | |
| Adresse | | | | | |
| Ville | | Province | | Code postal | |
| Nom du contact | | | | | |
| Téléphone | | | | | |
| Site Web | | | | | |
| Titre | | | | | |
| Courriel | | | | | |
| Nom et adresse postale du créancier hypothécaire ou bénéficiaire | | | | | |
| Nom | | | | | |
| Adresse | | | | | |
| Ville | | | Province | | Code postal |
| Nom de l'organisme de réglementation qui régit le demandeur | | | | | |
| Le demandeur est-il considéré comme un organisme à but | | | | lucratif | non lucratif |
| Le demandeur est-il membre d'une association professionnelle? | | | | O | N |
| Si oui, veuillez préciser | | | | | |
| Laquelle des catégories suivantes s'applique au demandeur? (Veuillez cocher une case.) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Maison de retraite offrant un niveau minimal de soutien. Peut inclure les repas et l'entretien ménager. N'inclus pas de soins infirmiers. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Maison de retraite offrant un niveau moyen de soins personnels et de soutien. Des IAA et IA sont membres du personnel. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Établissement de soins de longue durée / soins chroniques / foyer de soins offrant des soins infirmiers 24 heures sur 24. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Communauté de location viagère. | | | | | |
| Année pendant laquelle la direction actuelle a entamé ses activités à cet emplacement : | | | | | |

RENSEIGNEMENTS SUR LES POLICES D'ASSURANCE ET RÉCLAMATIONS PRÉCÉDENTES

| | | | |
|---|--|------------------------------|-----|
| Assureur actuel des biens | | Date d'échéance de la police | |
| Assureur responsabilité actuel | | Date d'échéance de la police | |
| Assureur responsabilité professionnelle actuel | | Date d'échéance de la police | |
| Est-ce qu'un assureur a annulé ou refusé de renouveler une police d'assurance pour le demandeur au cours des cinq (5) dernières années? | | | O N |
| Si oui, veuillez préciser. | | | |

| | | |
|--|-------------|---|
| Veuillez fournir des renseignements sur toute réclamation effectuée au cours des cinq (5) dernières années, pour chaque type d'assurance. | | Si aucune réclamation n'a été faite, cochez cette case <input type="checkbox"/> |
| Date de la réclamation | Description | Montant versé ou réservé |
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |
| Si ces renseignements sont disponibles, veuillez décrire l'expérience liée aux réclamations auprès de l'assureur actuel, pour chaque type d'assurance. | | |

INFORMATION SUR LE RISQUE : PROPRIÉTÉ (EMPLACEMENT 1)

Dans le cas de plusieurs emplacements ou structures, veuillez remplir l'addenda intitulé « Structures supplémentaires ». Veuillez fournir une photo de chaque édifice.

| | | | | |
|---|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Construction de l'édifice (dans le cas d'une construction mixte, veuillez indiquer le pourcentage applicable pour chaque type) | | | | |
| Résistant au feu (planchers, toiture, murs en béton) | | | | % |
| Maçonnerie incombustible (murs en maçonnerie, platelage en tôle, planchers en béton) | | | | % |
| Maçonnerie (murs en maçonnerie, planchers et toiture en bois) | | | | % |
| Acier sur acier (murs, toiture et planchers incombustibles avec poutres incombustibles) | | | | % |
| Placage en brique (murs à ossature avec placage en brique, planchers et toiture en bois) | | | | % |
| Cadre (murs, planchers et toiture en matériaux combustibles) | | | | % |
| Année de construction | | | | |
| Nombre d'édifices (dans le cas de plusieurs édifices, veuillez fournir un diagramme indiquant la distance de séparation en mètres) | | | | |
| Nombre d'étages | | | | |
| Y a-t-il un sous-sol? | O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | | |
| Si oui, décrivez à quoi il sert (p. ex. entreposage, cuisine, etc.) | | | | |
| Superficie totale de l'édifice (tous les étages, y compris le sous-sol) | | | | m ² |
| Si l'édifice a été construit il y a plus de 25 ans, les éléments suivants ont-ils été mis à niveau ou remplacés? | | | | |
| Toit | O <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | Si oui, année | |
| Système électrique | O <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | Si oui, année | |
| Plomberie | O <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | Si oui, année | |
| Chauffage | O <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | Si oui, année | |
| Type de système de chauffage | | Vapeur | Eau chaude | Air chaud pulsé |
| Combustible | Gaz <input type="checkbox"/> | Électricité | Mazout | Bois |
| | | Autre (veuillez préciser) | | |
| Type de chauffage secondaire, s'il y a lieu | | | | |
| Système municipal d'alimentation en eau potable? | | | O <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Nombre de prises d'eau d'incendie dans un rayon de 150 mètres | | | | |
| Distance à la caserne des pompiers | | | km | |
| L'édifice est-il protégé par un système d'extinction automatique? | | | O | N |
| Si oui, portée de la protection | | 100 % | Partielle | |
| En cas de protection partielle, veuillez préciser (p. ex. zones communes seulement) | | | | |
| Le système d'extinction est-il relié à un système d'alarme surveillé? | | | O | N |
| Le système d'extinction est-il inspecté, entretenu et vérifié régulièrement? | | | O | N |
| Le demandeur a-t-il établi des procédures et des protocoles d'arrêt d'eau d'urgence en cas de bris de conduite d'eau ou de défaillance du système d'extinction? | | | O | N |
| Un système d'avertisseur d'incendie est-il en place? | | | O | N |
| Si oui, le système d'avertisseur d'incendie est-il surveillé? | | | O | N |

| | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| Des détecteurs de monoxyde de carbone sont-ils installés dans l'établissement? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| L'édifice est-il protégé par une alarme antieffraction? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Si oui, l'alarme antieffraction est-elle surveillée? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Des caméras de surveillance sont-elles installées sur les lieux? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Est-ce qu'un détecteur de fumée est installé dans chaque unité de logement? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Une pompe de puisard en bon état de fonctionnement est-elle installée dans votre édifice? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Si oui, la pompe dispose-t-elle d'une alimentation de secours ou d'une génératrice? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Est-elle dotée d'une alarme? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Un clapet antiretour est-il installé sur la conduite d'égout sanitaire de votre édifice? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Des détecteurs d'eau sont-ils installés dans votre édifice? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Si oui, combien? Les détecteurs d'eau sont-ils surveillés? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Les détecteurs déclenchent-ils automatiquement l'arrêt de la conduite d'eau principale lorsqu'ils sont activés? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Y a-t-il une cuisine ou une cafétéria complète sur les lieux? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Un système d'extinction automatique avec contrat valide d'entretien semi-annuel est-il en place? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Décrivez les cuisines qui se trouvent dans les unités individuelles (s'il y a lieu). | | |
| Utilisation du tabac: | | |
| Permis dans les unités individuelles? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Permis dans des zones intérieures désignées? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Est-ce que des bouteilles à gaz comprimé sont entreposées sur les lieux? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Si oui, veuillez décrire l'emplacement, p. ex. dans les unités individuelles de logement, dans un entrepôt. | | |

INFORMATION SUR LE RISQUE : BRIS DE MACHINERIE ET D'ÉQUIPEMENT

Si une protection est requise, veuillez remplir la présente section.

| | | |
|--|----------------------------|----------------------------|
| L'établissement a-t-il une ou plusieurs chaudières? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Si oui, veuillez fournir le nom et le numéro de téléphone d'un contact aux fins d'inspection. | | |
| Nom | | Téléphone |
| Y a-t-il des appareils à pression d'un diamètre de plus de 24 pouces (vase d'expansion, réservoir d'eau chaude, etc.)? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Si oui, veuillez préciser. | | |
| Y a-t-il des appareils à pression à ouverture instantanée (autoclave)? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Y a-t-il des appareils à pression qui sont utilisés dans le service de l'ammoniac? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Une protection contre la dégradation des aliments est-elle requise? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Si oui, quelle est la valeur maximale du contenu? | | \$ |

INFORMATION SUR LE RISQUE : ACTES CRIMINELS

| | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| Les chèques sont-ils contresignés? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Le rapprochement des comptes bancaires est-il effectué par une personne qui n'est pas autorisée à faire des retraits ou des dépôts? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Si oui, à quelle fréquence? | | |
| Montant maximal d'argent comptant gardé sur les lieux en tout temps | | \$ |
| L'argent comptant et les autres valeurs sont-ils gardés dans un coffre-fort à argent avec serrure à combinaison? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Une vérification est-elle effectuée par un CA, CMA, CGA ou expert-comptable indépendant ou une personne équivalente? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Si oui, à quelle fréquence? | | |
| Sinon, est-ce qu'une vérification interne est effectuée? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |

INFORMATION SUR LE RISQUE : RESPONSABILITÉ

INFORMATION SUR LES EMPLOYÉS ACTUELS

| Occupation / Nature du travail | Nombre d'employés permanents | Nombre d'employés contractuels |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| Infirmiers autorisés | | |
| Infirmier gestionnaire / Directeur des soins | | |
| Infirmiers auxiliaires autorisés | | |
| Direction | | |
| Personnel administratif | | |
| Préposés aux soins | | |
| Services ménagers / Entretien | | |
| Travailleurs sociaux / Préposés aux services de soutien personnel | | |
| Gestion nutritionnelle / Services alimentaires (p. ex. diététistes professionnels, cuisiniers, manipulateurs d'aliments) | | |
| Autres (veuillez préciser) | | |
| Les infirmiers autorisés ont-ils leur propre assurance responsabilité civile professionnelle? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Les infirmiers auxiliaires autorisés ont-ils leur propre assurance responsabilité civile professionnelle? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Est-ce que tous les employés sont inscrits à un programme provincial d'assurance contre les accidents du travail? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Sinon, veuillez indiquer le type et le nombre d'employés qui ne sont pas inscrits. | | |
| La vérification des antécédents judiciaires est-elle exigée pour tous les : | | |
| employés? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| employés contractuels? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| bénévoles? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |

INFORMATION SUR LA RESPONSABILITÉ GÉNÉRALE

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| Nombre d'unités de logement | | |
| Y a-t-il des lits de soins infirmiers? | | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |
| Si oui, veuillez préciser. | Lits de soins de longue durée | |
| | Lits de soins de relève | |
| | Lits de soins de convalescence | |
| | Lits de soins palliatifs | |
| Un contrat écrit a-t-il été conclu avec un fournisseur de services de déneigement et de déverglaçage? | | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |
| Si oui, un certificat d'assurance responsabilité a-t-il été obtenu du fournisseur de services? | | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |
| Le demandeur prend-il des mesures de prévention telles que l'installation de barres d'assistance, au besoin, ou d'autres mesures de sécurité? (p. ex. barres d'appui dans le bain ou près de la toilette, rampes, douches sans marches, paillassons antidérapants) | | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |
| Quelles installations et activités sont offertes aux résidents? (p. ex. centre de conditionnement physique, cours d'artisanat, excursion d'une journée, réadaptation) | | |
| Veuillez indiquer tout service offert par une tierce partie dans votre établissement : (p. ex. services de chiropratique ou de coiffure) | | |
| Les tierces parties offrent-elles une preuve d'assurance responsabilité et professionnelle? | | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |
| Est-ce que les installations peuvent être louées à une tierce partie (p. ex. mariages, fêtes, rencontres)? | | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |
| Si oui, un certificat d'assurance responsabilité est-il obtenu? | | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |
| Quelle est la date de fin de l'exercice financier du demandeur? | | |
| Revenu brut annuel total | Exercice précédent (12 mois) | \$ |
| | Exercice actuel (12 mois) | \$ |

VOITURES N'APPARTENANT PAS À L'ASSURÉ

| | | |
|---|----------------------------|---|
| Véhicules personnels | | |
| Nombre d'employés qui utilisent régulièrement leurs véhicules personnels pour des raisons d'affaires | | |
| Nombre de bénévoles qui utilisent régulièrement leurs véhicules personnels pour des raisons d'affaires | | |
| Pour tous ces employés, le demandeur confirme-t-il qu'une assurance responsabilité civile minimale d'un million de dollars est en vigueur? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Pour tous ces bénévoles, le demandeur confirme-t-il qu'une assurance responsabilité civile minimale d'un million de dollars est en vigueur? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Fourgonnettes | | |
| Les fourgonnettes sont-elles louées, empruntées ou nolisées? | | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |
| Si oui, veuillez fournir des renseignements détaillés, y compris tout voyage aux États-Unis. | | |
| Si oui, le demandeur confirme-t-il qu'une assurance responsabilité civile minimale de deux millions de dollars est en vigueur? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Autobus | | |
| Les autobus sont-ils loués, empruntés ou nolisés? | | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |
| Si oui, veuillez fournir des renseignements détaillés, y compris tout voyage aux États-Unis. | | |
| Si oui, le demandeur confirme-t-il qu'une assurance responsabilité civile minimale de cinq millions de dollars est en vigueur? | 0 <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| L'établissement a-t-il conclu un contrat avec un fournisseur de service ambulancier privé? | | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |
| Si oui, veuillez fournir des renseignements détaillés, y compris des documents juridiques et le dossier de transport. | | |

PROTECTION / LIMITES REQUISES

PERTE DE BIENS ET PERTE D'EXPLOITATION

| | Emplacement 1 | | Emplacement 2 | |
|--|--|-----------------------------------|---|------------------------------------|
| Coût du remplacement de l'édifice (incluant les améliorations effectuées par le locataire) | | \$ | | \$ |
| Coût du remplacement du contenu (équipement et inventaire) | | \$ | | \$ |
| Perte d'exploitation – Somme de 250 000 \$ automatiquement incluse | | \$ | | \$ |
| Franchise pour la propriété | 2 500 \$ <input type="checkbox"/> | 5 000 \$ <input type="checkbox"/> | 10 000 \$ <input type="checkbox"/> | 25 000 \$ <input type="checkbox"/> |
| Assurance contre les séismes 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | Assurance contre les inondations 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | Assurance contre le refoulement 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | |

ACTES CRIMINELS

| Protection | Limite standard (incluse pour la prime minimale) | Limite demandée |
|---|--|-----------------|
| Détournements par les employés – Garantie collective (formulaire A) | 100 000 \$ | \$ * |
| Formule étendue – Argent et valeurs (intérieur) | 10 000 \$ | \$ ** |
| Formule étendue – Argent et valeurs (extérieur) | 10 000 \$ | \$ ** |
| Contrefaçon préjudiciable aux déposants | 50 000 \$ | \$ |
| Contrefaçon des espèces et des mandats | 25 000 \$ | \$ |

*Pour les limites supérieures à 200 000 \$, une demande séparée est requise. **Pour les limites supérieures à 25 000 \$, une demande séparée est requise.

RESPONSABILITÉ

| Protection | Limite |
|--|--------|
| Responsabilité civile générale (chaque événement / total annuel) | \$ |
| Responsabilité civile des locataires – Formule étendue (par établissement) | \$ |
| Extension de la responsabilité des employeurs | \$ |
| Erreurs et omissions par les administrateurs des foyers de soins (chaque événement / total annuel) | \$ |

Des demandes séparées sont nécessaires pour l'obtention de soumissions pour l'assurance contre les abus, l'assurance des administrateurs et dirigeants et l'assurance responsabilité civile complémentaire.

Le dirigeant autorisé soussigné déclare qu'à sa connaissance, les énoncés formulés aux présentes sont véridiques. La signature de cette proposition n'oblige pas l'assureur à offrir une assurance et n'oblige pas le demandeur à accepter une assurance, mais il est convenu que le présent formulaire servira de contrat si une police d'assurance est établie.

Le soussigné, au nom de l'organisme assuré, reconnaît que tout renseignement personnel fourni relativement à la présente demande (incluant, entre autres, les renseignements inclus dans le présent formulaire), a été recueilli conformément aux lois applicables sur la protection de la vie privée et que ces renseignements seront uniquement utilisés ou partagés par l'assureur aux fins d'évaluation, de souscription et de soumission de prix pour les produits d'assurance et services connexes, d'administration et de révision des polices d'assurance, d'évaluation et d'enquête des déclarations, de détection et de prévention des fraudes, d'analyse et de vérification des résultats opérationnels ou de conformité aux exigences réglementaires ou juridiques.

Aux fins de la *Loi sur les sociétés d'assurance* (Canada), le présent document été délivré dans le cadre des opérations d'assurance d'Ecclesiastical Insurance Office plc au Canada.

| | |
|---|--|
| Signature du dirigeant autorisé | |
| Nom et titre du dirigeant autorisé qui signe la demande (en lettres moulées) | |
| Date | |

ADDENDA – STRUCTURES SUPPLÉMENTAIRES

| # | Nom de l'édifice, type d'occupation | Adresse (si elle est différente de l'adresse de l'emplacement du risque) | Construction de l'édifice (voir les codes ci-dessous, indiquer le % principal) | Année de construction | Étages | Mise à niveau (si l'édifice a plus de 25 ans) | % de protection par système d'extinction automatique | Alarme anti-effraction / Alerte d'incendie | Système municipal d'alimentation en eau potable | Distance à la caserne des pompiers | Nombre de prises d'eau d'incendie dans un rayon de 150 mètres | Valeur de remplacement de l'édifice | Valeur de remplacement du contenu |
|----|-------------------------------------|--|--|-----------------------|--------|---|--|---|---|------------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 1 | | | | | | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | % | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | | \$ | \$ |
| 2 | | | | | | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | % | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | | \$ | \$ |
| 3 | | | | | | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | % | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | | \$ | \$ |
| 4 | | | | | | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | % | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | | \$ | \$ |
| 5 | | | | | | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | % | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | | \$ | \$ |
| 6 | | | | | | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | % | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | | \$ | \$ |
| 7 | | | | | | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | % | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | | \$ | \$ |
| 8 | | | | | | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | % | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | | \$ | \$ |
| 9 | | | | | | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | % | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | | \$ | \$ |
| 10 | | | | | | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | % | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | | | \$ | \$ |

CODES DE CONSTRUCTION

| | |
|----------|---|
| Classe 1 | Résistant au feu (planchers, toiture, murs en béton) |
| Classe 2 | Maçonnerie incombustible (murs en maçonnerie, plâtrage en tôle, planchers en béton) |
| Classe 3 | Acier sur acier |
| Classe 4 | Maçonnerie (murs en maçonnerie, planchers et toiture en bois), inclut la construction d'usine |
| Classe 5 | Placage en brique (murs à ossature avec placage en brique, planchers et toiture en bois) |
| Classe 6 | Cadre (murs, planchers et toiture en matériaux combustibles) |

Veuillez fournir une photo de chaque structure supplémentaire.