

La présente demande de renouvellement est une mise à jour au formulaire de demande complet pour une maison de retraite déjà soumise à l'assureur. Veuillez fournir les renseignements suivants et préciser tout changement à la demande complète. En cas de nouveaux emplacements ou de protections modifiées, veuillez remplir la section pertinente du formulaire complet de demande.

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

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom du courtier ou du producteur						
Dénomination sociale complète du demandeur						
<b>Adresse de l'emplacement du risque</b>						
Adresse						
Ville		Province		Code postal		
<b>Adresse postale (si elle diffère de l'adresse ci-dessus)</b>						
Adresse						
Ville		Province		Code postal		
Nom du contact		Titre				
Téléphone		Courriel				
Site Web						
Au cours de la dernière année, est-ce que le nom de l'établissement a été modifié ou est-ce que d'autres entreprises ont été fusionnées ou consolidées avec l'établissement du demandeur?					O <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Si oui, veuillez préciser.						

## INFORMATION SUR LE RISQUE

### PROPRIÉTÉ

Veuillez indiquer tout changement, toute mise à jour ou tout remplacement en ce qui a trait aux éléments suivants :	Toit	
	Système électrique	
	Plomberie	
	Chauffage	

### RESPONSABILITÉ

Occupation / Nature du travail	Nombre d'employés permanents	Nombre d'employés contractuels
Infirmiers autorisés		
Infirmiers auxiliaires autorisés		
Est-ce que des changements aux opérations du demandeur ont eu lieu?		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Si oui, veuillez préciser.		
Est-ce que les installations sont louées à des tierces parties (p. ex. mariages, fêtes, réunions)?		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Si oui, un certificat d'assurance responsabilité est-il obtenu?		O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

Nombre d'unités de logement		
Y a-t-il des lits de soins infirmiers?		O <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	

#### RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

Revenu brut annuel total	Exercice précédent (12 mois)	\$
	Exercice actuel (12 mois)	\$

### LIMITES DEMANDÉES

#### PROPRIÉTÉ

##### Emplacement 1

Coût du remplacement de l'édifice (incluant les améliorations effectuées par le locataire)	\$
Coût du remplacement du contenu	\$
Perte d'exploitation	\$

*Dans le cas de plusieurs emplacements ou structures, veuillez remplir l'addenda intitulé « Structures supplémentaires ».*

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)	Valeur de remplacement de l'édifice	Valeur de remplacement du contenu
1			\$	\$
2			\$	\$
3			\$	\$
4			\$	\$
5			\$	\$
6			\$	\$
7			\$	\$
8			\$	\$
9			\$	\$
10			\$	\$