



## DEMANDE D'ASSURANCE DES FRAIS SUPPLÉMENTAIRES ( Épidémie )

**VEUILLEZ S'IL VOUS PLAÎT RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS  
SI LES QUESTIONS NE S'APPLIQUENT PAS VEUILLEZ INDIQUER N/A  
SI L'ESPACE EST INSUFFISANT VEUILLEZ AJOUTER DES FEUILLES SUPPLÉMENTAIRES**

1. Nom complet du demandeur :

---

2. Adresse postale :

---

3. Nom du contact : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

4. INFORMATION DU FONCTIONNEMENT D'AFFAIRES

Veillez décrire vos activités commerciales :

---

Est-ce que votre entreprise a déjà été fermée ou mise en quarantaine, ou est-ce que votre entreprise a déjà été fermé ou notifié par un ministère de la santé publique, ou d'un fonctionnaire de la santé publique pour tout événement biologique des maladies infectieuses, ou tout autre risque lié à la santé ?  
Si oui, veuillez expliquer à la page 3.

Oui  Non

Est-ce que votre entreprise est régie par un service de santé public ou un responsable de la santé public ?  
Si oui, veuillez expliquer à la page 3.

Oui  Non

Est-ce que votre entreprise fait affaire de quelconques façons avec des matériaux biologiques ?  
Si oui, veuillez expliquer à la page 3.

Oui  Non

Est-ce que votre entreprise sert de la nourriture au public ?  
Si oui, veuillez expliquer à la page 3.

Oui  Non

Est-ce que votre entreprise concerne l'habitation, l'hébergement de nuit ou l'expositions éducatives ?  
Si oui, veuillez expliquer à la page 3.

Oui  Non

Est-ce que votre entreprise est liée au service de santé ?  
Si oui, veuillez expliquer à la page 3.

Oui  Non

#### 5. INFORMATION PAR RAPPORT À L'ÉTABLISSEMENT

Veuillez fournir l'adresse au complet et inclure toutes les informations par rapport à une suite selon le cas. Veuillez inclure tous ce dont la police devra couvrir. Cette demande s'applique à un établissement seulement. S'il s'agit de plus qu'un établissement veuillez compléter la demande qui sert à plusieurs établissements.

Adresse de l'établissement :

---

Superficie totale : \_\_\_\_\_

Est-ce que votre entreprise est le seul occupant de cette adresse ?  
Si non, veuillez identifier les autres entreprises :

Oui  Non

Est-ce que votre entreprise occupe un autre endroit à cet établissement ?  
Si oui, veuillez préciser :

Oui  Non

Êtes-vous le propriétaire de ce bâtiment ?

Oui  Non

Revenu annuel de ce local :	
Revenu locative annuel de ce local :	
Masses salariales annuels de ce local :	
Limite par jour (tranche de 1,000\$ à 50,000\$ par jour) :	

#### **Avis au demandeur – Veuillez lire attentivement**

Markel est autorisé à faire toute enquête dans le cadre de cette application. La signature de cette proposition n'engage pas la Société à fournir ou le demandeur d'acheter l'assurance en question.

Cette application, les informations communiquées par rapport à cette demande et toutes les applications précédentes ainsi que tous changements importants dont la Société reçoit un avis est déposé auprès de Markel et est considéré comme physiquement attaché à et une partie de la police si elle était émise. Markel auront considérés cette application et toutes les pièces jointes dans l'émission de la police. Si les informations contenues dans la présente demande ou toute pièce jointe se modifient entre la date cette demande est signée et la date de prise d'effet de la police, le demandeur devra aviser sans délai Markel, qui peut modifier ou retirer toute offre ou accord de lier une couverture.

### **Garantie**

Je garantis à la Société, que je comprends et j'accepte l'avis mentionné ci-dessus et que l'information contenue dans ce document est véridique et qu'il est le fondement de la police et inclus dans celle-ci, si la Société fait preuve de son acceptation de cette demande par l'émission d'une police. J'autorise la divulgation de tous antécédents de sinistres par un autre assureur à Markel.

Avis aux demandeurs : Toute personne qui, sciemment et avec intention de frauder une compagnie d'assurance ou d'autres personnes introduit une demande d'assurance ou une déclaration contenant des renseignements faux ou dissimule dans le but d'induire en erreur, des informations concernant tout fait important à cet effet, commet un acte de déclaration frauduleuse, ce qui est un crime et soumet la personne à des sanctions pénales et civiles.

### **COMMENTAIRES ADDITIONNELS:**

**LE SOUSSIGNÉ RECONNAÎT LA VÉRACITÉ DES DÉCLARATIONS CONTENUES DANS CE DOCUMENT.**

JE VOUS AUTORISE À RECUEILLIR, UTILISER ET DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DANS LA MESURE PERMISE PAR LA LOI DANS LE CADRE DE VOTRE POLICE D'ASSURANCE COMMERCIALE OU D'UN RENOUVELLEMENT, D'EXTENSION OU DE MODIFICATION DE CELUI-CI AUX FINS NÉCESSAIRES POUR ÉVALUER LES RISQUES, D'ENQUÊTER ET DE RÉGLER LES DEMANDES D'INDEMNISATION ET DÉTECTER ET PRÉVENIR LA FRAUDE, TELLES QUE LES INFORMATIONS DE CRÉDIT ET LES ANTÉCÉDENTS DE SINISTRES.

**Aux fins de la Loi sur les sociétés d'assurance, ce document a été établi dans le cadre des activités d'assurance de Le Souscripteur de Lloyd's au Canada**

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur (représentant autorisé)

\_\_\_\_\_  
Date

ENVOYÉ PAR : \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_

**Pour plus d'informations veuillez visiter:  
[www.markelinternational.ca](http://www.markelinternational.ca)**