|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 1 – INFORMATION GÉNÉRALE** | | | | | | | |
| NOM DE L’ORGANISME : | | | | | | | |
| ADRESSE POSTALE : |  | | | | | | |  |
|  |  | | | TÉLÉCOPIE : | |  | |
|  |  | | | TÉLÉPHONE : | |  | |
|  |  | | | SITE INTERNET : | |  | |
| PERSONNE-RESSOURCE : |  | | | LIGNE SANS FRAIS : | | | |
| CELLULAIRE : |  | | | COURRIEL: | |  | |
| PAR L’ENTREMISE DE QUELLE MUNICIPALITÉ L’ORGANISME TRANSIGE-T-IL CETTE PROPOSITION : | | | |  | | | |
| ADRESSE DES LIEUX ASSURÉS (Où SE TROUVENT LES BIENS DE L’ORGANISME) : | | | | | | | |
| ADRESSE DU RISQUE 1 : |  | | | | | | |
| ADRESSE DU RISQUE 2 : |  | | | | | | |
| ADRESSE DU RISQUE 3 : |  | | | | | | |
| ADRESSE DU RISQUE 4 : |  | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| FAITES-VOUS PARTIE PARITE D’UNE FÉDÉRATION SPORTIVE  DE LOISIRS ? SI OUI LAQUELLE?  S’AGIT-IL D’UNE FÉDÉRATION PROVINCIALE  NATIONALE ? | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | |
| NOMBRE D’EMPLOYÉS : | |  | | FONCTION DES EMPLOYÉS : | | |  |  | |
| NOMBRE DE BÉNÉVOLES : | |  | | FONCTION DES BÉNÉVOLES : | | |  |  | |
| JOURNÉES D’ACTIVITÉS PAR AN : | | | ÂGE MOYEN DES PARTICIPANTS : | | BUDGET ANNUEL **(important):** | | |  | |
|  | | |  | |  | | |  | |
| NOMBRE D’ANNÉES EN ACTIVITÉ : |  | | | | | | |  | |
| LES EMPLOYÉS OU BÉNÉVOLES DE VOTRE OSBL AURONT-ILS A VOYAGER A L’EXTÉRIEUR DU PAYS DANS LE CADRE DE LEURS FONCTIONS? **OUI  NON**  **SI OUI, COMBIEN DE FOIS PAR AN ?** | | | | | | | |  | |
| **S’IL EST NÉCESSAIRE D’AJOUTER DES ASSURÉS ADDITIONNELS AUTRES QUE LA MUNICIPALITÉ, VEUILLEZ EN FAIRE LA DEMANDE À VOTRE COURTIER** | | | | | | | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Garantie (Soumission)**  Date d’entrée en vigueur désirée :       (important)  Date d’expiration : 30 novembre de chaque année | **Limite d’assurance** | **Prime**  (pour les adhésions avant le 1er juin) | **Prime**  (pour les adhésions après le 1er juin) |
| 1. **Biens :**    * Minimum de base obligatoire (Couvert également à l’extérieur des lieux assurés)    * Limite additionnelle optionnelle :      1. Bâtiment (Compléter fiche technique):      2. Contenu :      3. Perte de revenus et/ou locatifs   Ajouter 3,90 $ pour chaque tranche de 1 000 $ de limite additionnelle requise (1.95 $ à compter du 1er juin). Par exemple, pour une limite totale de 20 000 $, la limite additionnelle serait de 15 000 $ à 3,90 $/1 000 $, soit une prime additionnelle de 58.50$ (15\*3,90 $ = 58.50 $)  *Pour les montants limites en biens excédants 300 000 $, veuillez communiquer avec le courtier.*  **Limite totale désirée et prime totale :** | 5 000 $  A –$  B –$  C -       $      $ | 45 $  $  $        $  $ | 23 $        $        $        $        $ |
| 1. **Responsabilité civile** (limite par événement)**:** | 5 000 000 $ | 125 $ | 63 $ |
| 1. **Administrateurs et dirigeants :**   (limite par événement de 5 000 000 $ et montant annuel pour l’ensemble des assurés du programme de 5 000 000 $) | 5 000 000 $ | 35 $ | 18 $ |
| 1. **Accident des administrateurs non rémunérés et des bénévoles – Capital assuré :**   (pour les montants des garanties principales, veuillez référer au libellé de la police expédié à chaque municipalité) | 20 000 $ | 22 $ | 11 $ |
| 1. **Détournements, disparition et destruction (3D) (optionnelle):**   Reporter dans les colonnes correspondantes la limite et sa prime afférente choisies au tableau de la page 2 du feuillet explicatif | $ | $ | $ |
| 1. **Bris des équipements (optionnelle) :**   Reporter dans les colonnes correspondantes la limite et sa prime afférente choisies au tableau de la page 2 du feuillet explicatif | $ | $ | $ |
| **Total des primes :** |  | $ | $ |
| **Frais administratifs de l’AFMNB** (15% TVH inclus)  Villes membres l’AFMNB  **OU**  Villes non-membres l’AFMNB (Veuillez choisir le montant dans une des cases de droite) |  | 97.75 $  **OU**  132.25$ | 48.88 $  **OU**  66.13$ |
| **Total général (primes + Taxe)** |  | $ | $ |

**Informations complémentaires :**

* L’assureur exige une prime minimum annuelle pour toute garantie souscrite entre le 30 novembre  et le 1er juin de chaque année et une prime minimum semestrielle pour toute garantie souscrite à compter du 1er juin de chaque année.
* Les organismes doivent aviser l’AFMNB à l’intérieur d’un délai d’un mois suite à la réception du certificat d’assurance si les polices doivent être annulées.
* L’assureur se réserve le droit de vérifier les activités, recettes, réclamations et toutes autres informations pertinentes à la souscription pour fins d’acceptation du risque. Si toutefois l’assureur juge le risque que représente un OSBL trop important, il pourrait, à sa discrétion, accepter tout de même cet OSBL, moyennant surprime.
* Les certificats ne peuvent être émis plus de 30 jours avant la date de mise en vigueur.
* Aucune nouvelle affaire ne pourra être traitée durant la période de renouvellement de novembre.
* Si en cours de terme de l’assurance, l’organisme s’implique dans des événements qui n’ont pas été décrits en détail dans la présente proposition, des conditions restrictives pourraient affecter la garantie en tout ou en partie. **Veuillez consulter la page 3 du feuillet explicatif et n’hésitez pas à consulter votre courtier pour obtenir toute information complémentaire**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 2 – DESCRIPTION DES ACTIVITÉS (SUITE)** | | | | | | |
| **DESCRIPTION DES ACTIVITÉS DE L’ORGANISME :** | | | | | | |
| **DESCRIPTION DE LA MISSION DE L’ORGANISME :** | | | | | | |
| **SECTION 3 – HISTORIQUE DES RÉCLAMATIONS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES (OU 3 ANS MINIMUM)** | | | | | | |
|  | Oui | Non | | CONNU DEPUIS : | ans | |
| **DATE** | **GENRE** | | **DESCRIPTION** | | | **MONTANT PAYÉ** |
|  |  | |  | | |  |
|  |  | |  | | |  |
|  |  | |  | | |  |
|  |  | |  | | |  |
|  |  | |  | | |  |
|  |  | |  | | |  |

**Le soussigné certifie que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts et véridiques et qu’aucune information n’a été omise ou faussée. Il comprend également que ce document n’engage pas l’assuré à souscrire une assurance, ni l’assureur à fournir cette assurance.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la personne autorisée :** | **Titre de la personne autorisée :** |
| **Signature de la personne autorisée :** | **Date :** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANNEXE À LA PROPOSITON D’ASSURANCE – FICHE TECHNIQUE (SEULEMENT SI BATIMENT À ASSURER)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROPRIÉTAIRE Oui  Non | | | | | ADRESSE DU LIEU 1 : | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Année de construction: |  | | | | | Nombre d’étages : | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
| Superficie des lieux : |  | | | Superficie du bâtiment : | | | |  | | | | | | Sous-sol : | | | | | Oui | | Non | |
| **Structure des murs :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bois | | | | Béton | | | | | | | | | | Acier | | | | | | | | |
| **Murs intérieurs:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Placoplâtre | | | | Bois | | | | | | | | | Acier | | | | | | | | |
| **Murs extérieurs:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bois | | | | Brique | | | | | | | | | Acier | | | | | | | | |
| **Type de toit :** | | | | Plat | | | | | | | | | Pente | | | | | | | | |
| **Structure du toit :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bois | | | | Acier | | | | | | | | | | Béton | | | | | | | | |
| **Revêtement du toit :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bardeaux | | | | Multicouche | | | | | | | | | | Acier | | | | | | | | |
| **Fondations :** | | Béton | | | | | | | | Pierre | | | | | | | Aucune | | | | | |  |  |
| **Structure des planchers :** | | Bois | | | | | | | | Béton | | | | | | | Acier | | | | | |  |  |
| **Type de chauffage** | Électrique | | | | | Gaz | | | | | | Huile | | | | | | | | Bois | | |
| **Distribution de chauffage** | Central huile/gaz | | | | | | Eau chaude | | | | | | | | | Électrique | | | | | | |
| **Extincteurs automatique (gicleurs)** | | | | | | | | | | | Oui | | | | | | | Non | | | | |
| **PROTECTION CONTRE LE VOL ET L’INCENDIE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Distance de la borne fontaine : | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Proximité du poste de pompiers : | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Alarme contre l’incendie : | | | N/A | | | | | | | | Reliée à une centrale | | | | | | | Non reliée | | | | |
| Alarme contre le vol : | | | N/A | | | | | | | | Reliée à une centrale | | | | | | | Non reliée | | | | |
| **INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bâtiment Vacant : | | | | | Oui  Non | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Valeur en coût de reconstruction du bâtiment : | | | | | | | | | | | $ | | | | | | | | | | | |
| Revenus locatifs annuels s’il y a lieu : | | | | | | | | | $ | | | | | | | | | | | | | |

**Occupation autre que vous dans le bâtiment? Si oui, veuillez les décrire :**