

Formulaire détaillé

Frais généraux

IDENTIFICATION

Personne à assurer : _____ Numéro de proposition ou de contrat : _____

FRAIS GÉNÉRAUX ADMISSIBLES

Veillez indiquer le montant des dépenses mensuelles moyennes encourues par l'assuré principal (ou le conjoint assuré) au cours des six derniers mois pour le loyer, l'électricité, le chauffage, le téléphone, l'eau, la dépréciation du matériel, le salaire des employés (si votre entreprise compte cinq employés et moins) et les autres frais fixes habituels nécessaires au fonctionnement du bureau.

Sont exclus le coût des marchandises, des accessoires, des livres professionnels, de matériel ou fournitures, le salaire de l'assuré principal (ou du conjoint assuré) ou de tout collègue qui le remplace.

VEUILLEZ DÉTAILLER

LOYER

A. HORS RÉSIDENCE

Loyer ou intérêts sur hypothèque	_____	\$
Services publics (électricité, chauffage)	_____	\$
Taxes d'affaires et impôts fonciers	_____	\$

B. À LA RÉSIDENCE

Le numéro civique diffère de celui de la résidence et l'entreprise est visiblement identifiée.

Nombre de pieds carrés _____ x _____ (\$) 1 =

Ville de Toronto : 35 \$/pi. ca. _____ \$

Villes de Montréal et Québec et leurs régions : 30 \$/pi. ca. _____ \$

Autres régions : 20 \$/pi. ca. _____ \$

Ce coût inclut les taxes d'affaires et d'électricité.

AUTRES FRAIS GÉNÉRAUX

Salaire des employés (si votre entreprise compte cinq employés et moins)	_____	\$
Services de téléphonie et télécopie	_____	\$
Services Internet	_____	\$
Location et/ou dépréciation du matériel	_____	\$
Entretien des locaux et du matériel	_____	\$
Primes d'assurance (commerciale et responsabilité)	_____	\$
Services comptables	_____	\$
Intérêt sur prêt commercial	_____	\$
Cotisation professionnelle (frais d'inscription à une association professionnelle)	_____	\$
Autres frais fixes, réguliers et nécessaires au fonctionnement du bureau	_____	\$
TOTAL	_____	\$

DÉCLARATION

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont complets, exacts et à jour et je consens à ce que ces renseignements servent de base à l'évaluation effectuée en vue d'établir mon admissibilité à la couverture d'assurance de l'Association d'Hospitalisation Canassurance ou Canassurance Compagnie d'Assurance. Je comprends également que, à la suite de l'évaluation de mon dossier, les renseignements contenus dans le présent formulaire feront partie intégrante du contrat d'assurance auquel je souscris. Toute fausse déclaration aux présentes entraînera les effets prévus par la loi, incluant l'annulation du contrat.

Signature de la personne à assurer

Date

Detailed Form Overhead Expenses

IDENTIFICATION

Person to be insured: _____ Application or contract number: _____

ELIGIBLE OVERHEAD EXPENSES

Please indicate the amount of the average monthly expenses incurred by the Primary Insured (or the Insured Spouse) during the last six months for rent, electricity, heating, telephone, water, depreciation of assets, employees' wages (if your firm has five employees or less) and other usual fixed costs required to run an office.

Excluded are costs of merchandise, accessories, professional books, equipment or supplies and the salary of the Primary Insured (or the Insured Spouse) or of any colleague replacing him/her.

PLEASE ITEMIZE THE FOLLOWING

RENT

A OFFICE OUTSIDE THE HOME

Rent or interests on mortgage	\$ _____
Public services (electricity, heating)	\$ _____
Business and property taxes	\$ _____

B. AT RESIDENCE

Street number is different than the one of the residence and the company is clearly identified.

Number of square feet _____ x (\$) _____ =

Toronto: \$35/sq.ft. \$ _____

Montréal, Québec City and their areas: \$30/sq.ft. \$ _____

Other regions: \$20 /sq.ft. \$ _____

This cost includes business and electricity taxes.

OTHER OVERHEAD EXPENSES

Employees' wages (if the firm has five employees or less) \$ _____

Telephone and fax services \$ _____

Internet services \$ _____

Equipment rental and/or depreciation \$ _____

Maintenance of premises and equipment \$ _____

Insurance premiums (commercial and liability) \$ _____

Accounting services \$ _____

Interest on business loan \$ _____

Professional dues (professional association's registration fee) \$ _____

Other regular fixed costs necessary to run an office \$ _____

TOTAL \$ _____

STATEMENT

I hereby declare that the above information is complete, accurate and current. I agree that this information will be used as the basis for the assessment carried out in order to establish my eligibility for Canassurance Hospital Service Association and/or Canassurance Insurance Company insurance coverage. I also understand that, once my application has been assessed and approved, the information contained in this form will be an integral part of the insurance policy that will be issued. Any false statements in this form will lead to legal measures, including policy cancellation.

Signature of person to be insured

Date