

Souscription     Réclamation

## Frais généraux

### IDENTIFICATION

Nom de la personne à assurer ou du réclamant :

Numéro de proposition ou de contrat :

### FRAIS GÉNÉRAUX ADMISSIBLES

#### Dépenses ou frais associés à l'emplacement d'affaires dans la proportion utilisée pour l'exploitation de l'entreprise :

Description	Montant (en \$)
- Loyer ou versements hypothécaires	
- Impôt foncier	
- Taxe d'eau	
- Électricité	
- Chauffage incluant le gaz naturel, le mazout, etc.	
- Téléphone fixe	
- Services de comptabilité	
- Contrat d'entretien ou de maintenance	
- Assurance des biens, incendie et vol	
SOUS-TOTAL	

**Sont exclus :** - Impôts sur le revenu (personnels et d'entreprise)

#### Dépenses ou frais pour la machinerie, l'équipement et tout véhicule moteur (automobile ou camion) dans la proportion utilisée pour l'exploitation de l'entreprise :

Description	Montant (en \$)
- Primes d'assurance (montant mensualisé)	
- Plaques d'immatriculation (montant mensualisé)	
- Frais de stationnement engagés contractuellement (montant mensualisé)	
- Dans le cas d'une location : Montant mensuel du contrat de location	
- Dans le cas d'un achat : Montant mensuel équivalant à l'intérêt sur le prêt et à l'amortissement	
SOUS-TOTAL	

**Sont exclus :** - Frais d'entretien et de réparation  
 - Permis de conduire  
 - Carburant (essence, propane, huile)

#### Frais reliés à l'exploitation de l'entreprise :

Description	Montant (en \$)
- Salaire des employés pour les entreprises de cinq (5) employés et moins	
- Taxe d'affaires et permis	
- Affranchissement et autres frais postaux	
- Services de communication (téléphone mobile, internet)	
- Blanchissage (nettoyage)	
- Publicité contractuelle	
- Cotisation professionnelle et/ou frais d'inscription à une association professionnelle (montant mensualisé)	
- Assurance responsabilité civile ou professionnelle (montant mensualisé)	
- Autres frais fixes, réguliers et nécessaires au fonctionnement de l'entreprise	
SOUS-TOTAL	
<b>TOTAL</b>	

**Sont exclus :**

- Toute portion d'un prêt ou d'une location couverte par un autre assureur.
- Frais dont l'assuré principal n'était pas responsable avant son invalidité
- Factures en souffrance (frais engagés avant l'invalidité de l'assuré principal)
- Frais juridiques
- Frais de déménagement
- Frais de déplacement ou de voyage
- Frais de représentation
- Coût des marchandises, produits ou services vendus
- Livres professionnels
- Matériel, accessoires ou fournitures
- Salaire de l'assuré principal ou de toute personne qui le remplace

**INFORMATION SUR L'ENTREPRISE - À COMPLÉTER SEULEMENT DANS LE CAS D'UNE RÉCLAMATION**

Nom de l'entreprise :

Adresse :

N° de téléphone :

N° de télécopieur :

Forme juridique de l'entreprise :  entreprise individuelle  société en nom collectif  compagnie ou société par actions

Nombre total d'associés ou d'actionnaires au sein de l'entreprise :

Pourcentage des actions que vous détenez ou de votre participation à une société en nom collectif :

Nombre d'employés à temps plein (excluant les actionnaires et les sociétaires) :

Nombre d'employés à temps partiel (excluant les actionnaires et les sociétaires) :

**IMPORTANT : Veuillez annexer vos preuves justificatives ainsi que l'état financier de vos revenus et dépenses.****DÉCLARATION**

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont complets, exacts et à jour.

Dans le cas d'une souscription, 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 et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance et/ou La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada. 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. Toute fausse déclaration aux présentes entraînera les effets prévus par la loi, incluant l'annulation du contrat. En nous transmettant ce présent formulaire, vous comprenez que nous traiterons vos renseignements personnels conformément aux modalités de notre Politique de confidentialité. Nous vous invitons à lire attentivement notre Politique de confidentialité disponible sur notre site internet, laquelle prévoit notamment les catégories de tiers à qui il est nécessaire de communiquer et/ou d'obtenir vos renseignements personnels, parfois à l'extérieur de votre province de résidence, ainsi que vos droits d'accès et de rectification de vos renseignements personnels.

jour/mois/année

Signature de la personne à assurer ou du réclamant

Date

<sup>MD</sup> Marque déposée de l'Association canadienne des Croix Bleue, une association de Croix Bleue indépendantes, utilisée sous licence par l'Association d'Hospitalisation Canassurance.

<sup>SM</sup> Marque déposée de l'Association canadienne des Croix Bleue, une association de Croix Bleue indépendantes, utilisée sous licence par l'Association d'Hospitalisation Canassurance. <sup>®</sup>Blue Shield est une marque déposée de Blue Cross Blue Shield Association.

