

IDENTIFICATION DU PRENEUR

Nom de l'entreprise: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____ Télécopieur: _____

Courriel: _____

Genre d'entreprise: _____

En affaires depuis: _____ Administrateur: _____

Assureur actuel: _____ Depuis: _____

Assureur précédent: _____

Date de renouvellement: _____

Délai pour avis de renouvellement: 30 jours - 60 jours

Délai d'admissibilité des employés: Actuels jour(s) / Futurs jours(s)

Employés saisonniers ou occ. ? Oui Non

(Si oui, veuillez les identifier sur la liste des employés, dans la colonne appropriée et indiquer le nbr d'heures travaillées)

Employés tous admissibles ? Oui Non

Les propriétaires sont tous protégés par la C.S.S.T. ? Oui Non

(Si non, veuillez les identifier sur la liste des employés)

Les propriétaires sont-ils protégés par l'ass. Emploi ? Oui Non

Employés absents du travail ? Oui Non

Si oui; Nom: _____ Nom: _____

Raison: _____ Raison: _____

Date du début: _____ Date de retour _____ Date du début: _____ Date de retour _____

Des congés de maladie sont-ils payés par l'employeur ? Oui Non

Si oui, fournir détails : _____

Les employés sont-ils syndiqués Oui Non

Contribution patronale _____ %

Fréquence de paye 24 semaines 26 semaines 52 semaines Autre _____

DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES JOINTS (IL EST IMPORTANT DE JOINDRE TOUS LES DOCUMENTS)

Description des garanties actuelles: Oui / Non Liste des employés absents: Oui / Non

Facture récente: Oui / Non Expérience 3 dernières années: Oui / Non

Liste des employés: Oui / Non Taux 3 dernières années: Oui / Non

Mandat exclusif: Oui / Non