**DEMANDE DE CERTIFICAT D'ASSURANCE**

Produit : Assurance responsabilité civile entreprise

| **Date de la demande :** |  | **Envoyez la demande de certificat à certificates@sbcinsurance.com** |
| --- | --- | --- |

**Informations sur le certificat (CA)**

| **No police :** | **CAS801981-03** |
| --- | --- |
| **Nom de l'assuré(e) :**  | **Biathlon Canada** |
| **Nom de votre organisation (si différent) :** |  |
|  |
| **Veuillez sélectionner le type de certificat ci-dessous :** |
| ☐Nouveau certificat |
| ☐Modification d'un certificat existant déjà délivré |
|  |
| **Envoyez par courriel une copie du certificat à :** |
| Nom : |     Biathlon Canada  | Adresse courriel : | info@biathloncanada.ca   |
| Nom : |       | Adresse courriel : |       |
| Nom : |       | Adresse courriel : |       |
| Noms et adresses électroniques supplémentaires : |        |

**Couverture d'assurance demandée**

| **Couverture** | **Limite requise** |
| --- | --- |
| Assurance responsabilité civile entreprise | ☐2 000 000 $ | ☐5 000 000 $ | ☐Autres : |       |
| Responsabilité juridique du locataire | ☐250 000 $ | ☐500 000 $ | ☐1 000 000 $ | ☐Autres : |       |
| Autres couvertures et limites requises |       |
| De l'alcool (O ou N) est-il servi à cet événement? | ☐Oui | ☐Non |
| Si oui, s'agit-il d'une brasserie en plein air? | ☐Oui | ☐Non |
| **Date(s) et heure d'entrée en vigueur** |
| Du (mm/jj/aaaa) : |       | Heure spécifique : |       |
| Au (mm/jj/aaaa) : |       | Heure spécifique : |       |
|  |
| **Activités/Description du déroulement/détails de l'événement :** |
|  |
|  |

| **Lieu(x) des activités** |
| --- |
| **Nom de l'installation 1 :**  |       |
| Adresse : |       |
| Ville : |       | Province : |       | Code postal : |  |
|  |
| **Nom de l'installation 2 :**  |       |
| Adresse : |       |
| Ville : |       | Province : |       | Code postal : |  |
|  |
| **Autre(s) lieu(x)** (veuillez préciser le nom et l'adresse de l'installation) : |
|  |
|  |
|  |

**Assuré(s) supplémentaire(s)**

| **Assuré(e) additionnel(le) 1** |
| --- |
| Nom : |  |
| Adresse : |  |
| Ville : |  | Province : |  | Code postal : |  |
|  |
| **Assuré(e) additionnel(le) 2** |
| Nom : |  |
| Adresse : |  |
| Ville : |  | Province : |  | Code postal : |  |
|  |
| **Autre(s) assuré(s) additionnel(s)** (veuillez préciser le nom et l'adresse) : |
|  |
|  |

**Instructions spéciales/demandes**

|       |
| --- |
|       |

**Distribution**

Les certificats seront envoyés par courriel aux demandeurs, sauf indication contraire.

**Si vous avez besoin d'un certificat urgent, veuillez contacter votre représentant(e) SBC. SBC Insurance s'efforcera de délivrer tous les certificats dans un délai de 24 à 48 heures au demandeur dont le nom figure ci-dessus.**