



Ontario State Office, Knights of Columbus
393 Rymal Road West, Suite 201
Hamilton, ON L9B 1V2
Fax (905) 388-8738
E-mail: stateoffice@ontariokofc.ca

Formulaire SO-46

Assurance-responsabilité civile pour les
Conseils (Formule générale)

Nom du Conseil : _____

Adresse du Conseil : _____

Ville et province : _____ Code postal : _____

Courriel : _____ Tél. : _____

Veillez indiquer la couverture que vous souhaitez vous procurer pour votre Conseil :

À noter que pour toute case cochée, la couverture entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Protection de base	Protection rehaussée
<ul style="list-style-type: none"> • 25 000 \$ Biens / 100 000 \$ Frais supplémentaires • 25 000 \$ Crime / Fraude (Malhonnêteté) • 3 000 000 \$ Responsabilité générale, y compris boissons alcoolisées • 1 000 000 \$ Violence • 1 000 000 \$ Responsabilité des dirigeants/administrateurs 	<ul style="list-style-type: none"> • 25 000 \$ Biens / 100 000 \$ Frais supplémentaires • 50 000 \$ Crime / Fraude (Malhonnêteté) • 5 000 000 \$ Responsabilité générale, y compris boissons alcoolisées • 1 000 000 \$ Violence • 2 000 000 \$ Responsabilité des dirigeants/administrateurs

Division	Protection de base	Protection rehaussée
Division 1 (250 membres ou plus)	<input type="checkbox"/> 680 \$ + 8% Taxe provinciale = 734,40 \$ Total	<input type="checkbox"/> 774 \$ + 8 % Taxe provinciale = 835,92 \$ Total
Division 2 (150 à 249 membres)	<input type="checkbox"/> 660 \$ + 8% Taxe provinciale = 712,80 \$ Total	<input type="checkbox"/> 751 \$ + 8 % Taxe provinciale = 811,08 \$ Total
Division 3 (95 à 149 membres)	<input type="checkbox"/> 635 \$ + 8% Taxe provinciale = 685,80 \$ Total	<input type="checkbox"/> 723 \$ + 8 % Taxe provinciale = 780,84 \$ Total
Division 4 (75 à 94 membres)	<input type="checkbox"/> 560 \$ + 8% Taxe provinciale = 604,80 \$ Total	<input type="checkbox"/> 645 \$ + 8 % Taxe provinciale = 696,60 \$ Total
Division 5 (50 à 74 membres)	<input type="checkbox"/> 440 \$ + 8% Taxe provinciale = 475,20 \$ Total	<input type="checkbox"/> 525 \$ + 8 % Taxe provinciale = \$567 \$ Total
Division 6 (49 membres ou moins)	<input type="checkbox"/> 335 \$ + 8% Taxe provinciale = 361,80 \$ Total	<input type="checkbox"/> 415 \$ + 8 % Taxe provinciale = \$448,20 \$ Total

Nous avons obtenu une assurance ailleurs pour notre Conseil et nous ne souhaitons pas participer à ce programme :

Nous avons aussi une salle ou une entité corporative indépendante avec permis permanent de vente d'alcool :
(à noter que cette catégorie de risque n'est pas incluse dans la couverture et les tarifs susmentionnés)

Veillez communiquer avec nous pour une estimation séparée pour notre salle ou entité corporative indépendante avec permis permanent de vente d'alcool :

Nombre total de membres dans mon Conseil particulier : _____ Revenus totaux annuels approximatifs pour mon Conseil (exercice précédent) : _____

Est-ce que des membres du Conseil ou des bénévoles sont parfois laissés seuls avec une personne qui n'est pas membre de leur famille? Enfant ou adolescent de moins de 18 ans?

« Violence » désigne tout acte ou toute menace, y compris attouchements, harcèlement, châtements corporels ou toute autre forme de maltraitance physique, sexuelle ou mentale. Si un incident de comportement inapproprié ou un incident allégué de violence est déclaré, le signalez-vous promptement aux autorités appropriées? (Police, Aide à l'enfance, etc.)

Conservez-vous toutes les demandes, ainsi que tous les rapports de vérification des antécédents judiciaires et les rapports d'incident liés aux membres en lieu sûr?

Divulgaration des renseignements personnels et consentement : Le soussigné, agissant au nom de son Conseil, déclare avoir obtenu le consentement nécessaire pour la collecte, l'utilisation et la divulgation, par l'assureur, de tout renseignement personnel fourni ci-dessus ou relativement à la présente demande aux fins d'octroi de la protection. Je déclare que les renseignements fournis dans cette demande sont véridiques à tous égards et, par la présente, je demande à obtenir un contrat d'assurance fondé sur les renseignements qui précèdent (si j'ai coché la case appropriée ci-dessus). Veuillez nous envoyer la preuve d'assurance, ainsi qu'une facture pour le montant total à payer. Toutefois, je comprends que la couverture n'est pas garantie tant que la confirmation n'aura pas été reçue.

Signature du Grand Chevalier : _____

Nom du Grand Chevalier en lettres moulées : _____ Date : _____

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE DE DEMANDE PAR COURRIEL À kocinsurance@idimi.com OU PAR TÉLÉCOPIEUR AU 416 259-7178