**PROPOSANT**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom(s) du proposant : |       |
|  |       |
| Adresse postale : |       |
|  | *No civique, nom de rue*      |  |       |  |       |
|  | *Ville* |  | *Prov* |  | *Code postal* |

**QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES**

|  |
| --- |
| **Veuillez indiquer le pourcentage du chiffre d’affaires du proposant pour les catégories suivantes :** |
| Résidentiel : |       % |  | Commercial : |       % |  | Industriel : |       % |
| Institutionnel : |       % |  | Médical : |       % |  | Agricole : |       % |
| **Veuillez indiquer les pourcentages des activités suivantes :** |
|  |  |  |  | **Pourcentages** |  | **Précisions** |
| Service de télémessagerie | [ ]  Oui [ ]  Non |  |       % |  |       |
| Service de messagerie |  | [ ]  Oui [ ]  Non |  |       % |  |       |
| Urgence 911 |  | [ ]  Oui [ ]  Non |  |       % |  |       |
| Autres |  | [ ]  Oui [ ]  Non |  |       % |  |       |
| **Le poste de surveillance est-il homologué par les ULC?** | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Si **NON**, le système de surveillance est-il informatisé? | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Le proposant a-t-il une source d’énergie de secours? | [ ]  Oui [ ]  Non |
| **Un programme de formation est-il en place pour les opérateurs?** | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Si **OUI**, précisez : |       |
| Une procédure écrite est-elle en place pour les opérateurs? | [ ]  Oui [ ]  Non |
| **Les candidats éventuels font-ils l’objet d’une enquête poussée?** | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Les employés ont-ils un cautionnement? | [ ]  Oui [ ]  Non |

**COMMENTAIRES ADDITIONNELS**

|  |
| --- |
|       |

**DÉCLARATION**

|  |
| --- |
| LE PROPOSANT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS ET FAITS QUI PRÉCÈDENT SONT CONFORMES ET VÉRIDIQUES ET QUE RIEN N’Y A ÉTÉ OMIS NI FAUSSÉ. |
|       |  |       |
| *Signature du proposant*Si ce document est signé au nom d’une compagnie, indiquez le poste occupé |  | *JJ/MM/AA*      |
| **La proposition doit être signée par un dirigeant, un administrateur de l'Assuré nommé proposé.** |
|  |  |  |
|       |  |       |
| *Signature du courtier* |  | *JJ/MM/AA* |

Pour envoyer votre demande de soumission ou pour contacter notre équipe, écrivez-nous à : mtl.cgl@tottengroup.com .
Notre équipe se fera un plaisir de voir si nous pouvons vous aider avec votre risque!