

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CERTIFICAT D'ASSURANCE**Le présent document atteste à :**

(Nom de l'organisation demandant une preuve d'assurance) _____

Adresse : _____**Télécopieur et/ ou adresse courriel d'envoi du certificat :** _____

que sous réserve des conditions et exclusions des contrats ou notes de couverture, les assurances suivantes sont en vigueur à ce jour et ont été émises pour couvrir comme suit :

Nom de l'assuré : **ASSOCIATION DES SCOUTS DU CANADA**
7331 rue Saint-Denis, Montréal QC H2R 2E5**Nom du Groupe et District :** _____**Nom du responsable :** _____ **N° tél :** _____**Courriel :** _____**Description de l'événement :** _____**Lieu de l'événement :** _____**Adresse (lieu de l'événement) :** _____**Date(s) :** _____

Type d'assurance	Assureur	N° de police	Période d'assurance	Limites d'assurance (devises canadiennes)	
Assurance Responsabilité civile générale	Markel Canada Ltée autorisée par certains souscripteurs Lloyd's sous le numéro MKL2023001	CAS605098-05	1 ^{er} mars 2024 au 1 ^{er} mars 2025	10 000 000 \$	Par sinistre pour blessures corporelles et dommages matériels pour lesquelles l'assuré est tenu légalement responsable
				10 000 000 \$	Produits et/ou opérations complétés
				5 000 000 \$	Responsabilité locative
				5 000 \$	Franchise – par sinistre sur dommages matériels et blessures corporelles

ASSURÉ ADDITIONNEL (NOM LÉGAL):SI VOUS AVEZ UNE LISTE JOINTE, VEUILLEZ COCHER

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

IL EST ENTENDU ET CONVENU QUE LE(S) ORGANISME(S) CI-DESSUS EST(S) AJOUTÉ(S) COMME ASSURÉ(S) ADDITIONNEL(S), MAIS SEULEMENT EN REGARD DES OPÉRATIONS DE L'ASSURÉ NOMMÉ PLUS HAUT. CE CERTIFICAT S'APPLIQUE À TOUS LES MEMBRES ET LE PERSONNEL AUTORISÉS DE L'ASSURÉ OPÉRANT SELON LES CAPACITÉS DES FONCTIONS.

a/s de Association des Scouts du Canada, 7331 rue Saint-Denis, Montréal QC H2R 2E5

T : 514 252-3011 / 866 297-2688 Téléc. : 514 254-1946 courriel : infoscout@scoutsducanada.ca / Site Internet : www.scoutsducanada.ca

Cette demande de certificat a été approuvée par (Personne responsable): _____

Date : _____