**Veuillez envoyer un mel a l’adresse suivante:** itic@thomasmiller.com

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nom de la société |  |
| 1. Adresse |  |
| 1. Mel |  |
| 1. Site internet |  |
| 1. Telephone |  |
| 1. Nom et adresse mel de la personne à qui la correspondance doit être adressée au sein de l’entreprise |  |
| 1. Courtier d’assurance a qui le courrier doit être adresse |  |
| 1. Société |  |
| 1. Nom |  |
| 1. Mel |  |

**SECTION 1 – Information générale**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Date de création de l’entreprise | | | /     / | | | |
| 1. Nom et adresse de toute filiale, entreprise affiliée, entreprise associée ou succursale que vous souhaitez couvrir | | | | | |
| Nom et adresse | | | | Activité principale | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
| 1. Nombre de administrateurs/ directeurs/associés |  | Nombre total d’employés | | |  |
| 1. Noms, titres, qualifications professionnelles et nombre d’annees d’experience de vos Directeurs/Associes ainsi que de vos cadres superieurs. | | | | | |
| Noms | Titres | Qualifications professionnelles | | | nombre d’années d’expérience |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |

**SECTION 2 – Certificat de transporteur aérien (CTA)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Etes-vous détenteur d’un CTA délivré par une autorité nationale aéronautique? *Dans l’affirmative, veuillez svp donner les détails complets relatifs aux aéronefs, marques et modèles pour lesquels le CTA a été delivré*. | | Oui | | Non |
| Aéronef | Marque | | Modèle | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |

Note explicative: La couverture offerte par l’ITIC est prevue pour couvrir les sinistres survenues dans le cadre de la fourniture des services, causés par les assurés, envers des tiers étant soit liés à l’utilisation et/ou au fonctionnement de l’avion, soit impliqués dans l’industrie du transport aérien. Son but n’est pas de couvrir d’éventuels risques opérationnels émananant de l’utilisation et du fonctionnement de l’avion, que l’assuré soit déteneur ou non d’un CTA*.*

**SECTION 3 – Approbations de l’autorité aéronautique**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Possédez-vous une quelconque autorisation délivrée par un organe national de réglementation aérienne, concernant le fonctionnement, la gestion, l’entretien et/ou la conception d’avions?   *Dans l’affirmative, veuillez donner de plus amples détails:* | Oui | Non |
|  | | |

**SECTION 4 – Revenus annuels brut (honoraires et commissions percus)***Veuillez indiquer* la devise *(ex. US$)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Exercice financier passe | | |  | |
| 1. Exercice financier précèdent | | |  | |
| 1. Estimation pour l’année à venir | | |  | |
| 1. dont le revenu estime provenant du pays de votre siege social | | |  | |
| 1. Veuillez svp indiquer le pourcentage de vos revenus annuels bruts provenant des activités suivantes a assurer: | | |
| Courtage de remarketing et d’acquisition aerien | % | Courtier d’affretement aerien | | % |
| Avion charter cargo | % | Conseil en aviation | | % |
| Gestion d’aeronefs | % | Expertise en aviation | | % |
| Conception d’aeronefs | % | Registre aéronautique | | % |
| Services de soutien du sol | % |  | |  |
| Autres activités pour lequelles une assurance est requise | % | (Veuillez expliciter) | | |

**SECTION 5 – Mandants**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Veuillez svp indiquer le nom des mandants pour qui vous intervenez regulirement |  | | |
| 1. Avez-vous des intérêts financiers dans l’une des entreprises de vos mandants? | | Oui | Non |
| 1. Vos mandants ont-ils des intérêts financiers dans votre entreprise? | | Oui | Non |

**SECTION 6 – Autres assurances aériennes**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Veuillez svp nous indiquer si vous avez l’une des polices d’assurances énumérées ci-dessous | | |  | Limite contractuelle d’indemnité |
| 1. Coque d’aeronef | Oui | Non | |  |
| 1. RC aeronef | Oui | Non | |  |
| 1. RC immobilisation d’aéronef et des produits d’aviation | Oui | Non | |  |
| 1. Assurance de coque et de responsabilité d'aéronefs non-propriété | Oui | Non | |  |
| 1. Autres (Veuillez spécifier) | Oui | Non | |  |
|  | | | | |

**SECTION 7 – Historique des demandes d’indemnisations**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avez-vous fait l’objet d’une demande d’indemnisation ou y a-t-il eu d’éventuelles circonstances susceptibles d’aboutir a une demande d’indemnisation a votre encontre, lors des 5 dernières années?  *Si “oui” veuillez donner des informations complémentaires:* | Oui | Non |
|  | | |
| 1. Un assureur a-t-il déjà |  |  |
| 1. Refuse de vous assurer | Oui | Non |
| 1. Annule votre assurance | Oui | Non |
| 1. Refuse de renouveler votre assurance | Oui | Non |
| 1. Applique des sanctions ou des termes coercitifs, *si “oui” veuillez donner des informations complementaires:* | Oui | Non |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Etes-vous actuellement assure contre les risques couverts par ITIC? *Si « oui », avec quelle compagnie?* | Oui | Non |
|  | | |

**SECTION 8 – Limites contractuelles d’indemnite et franchises**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Veuillez indiquer la devise, par exemple US$ | |  |
| Veuillez indiquer les montant de garantie et franchises que vous souhaitez inclure dans votre police | | |
|  | Montant | Franchises |
| 1ere option |  |  |
| 2eme option |  |  |

**SECTION 9 – Information générale**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Etes-vous membre d’une association professionnel?  *(Si « oui » veuillez préciser)* | Oui | Non |
|  | | |

**SECTION 10 – Activités**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Projetez-vous la location de l’aéronef pour un taxi prive/affrètement prive? | | Oui | | Non | |
| 1. Projetez-vous la location de l’aéronef pour des fins de transport aérien commercial? | | Oui | | Non | |
| 1. Organisez-vous la location d’aéronef pour le transport de cargo? | | Oui | | Non | |
| 1. La location négociée par vos soins est-elle destinée aux contrats d’affrètement avec équipage, humide ou sec? | Affrètement avec  équipage | | Humide | | Sec |

**SECTION 11 – Pratiques contractuelles**

|  |
| --- |
| 1. Quelles précautions avez-vous pris afin de vous assurer que le contrat entre vous et l’affréteur est en accord avec les termes et conditions du contrat bilatéral entre vous et l’operateur? |
|  |
| 1. Sur la base du contrat conclu entre vous et l’affréteur, quelles seraient les conséquences en cas d’inaptitude pour l’opérateur de remplir ses obligations et qui résulterait d’une négligence, erreur ou omission de votre part? |
|  |
| 1. Sur la base du contrat conclu entre vous et l’affréteur, quelles seraient les conséquences en cas d’inaptitude pour l’opérateur de remplir ses obligations et qui résulterait d’une négligence, erreur ou omission de l’opérateur? |
|  |

**SECTION 12 – Assurances additionnelles proposées par ITIC**

Souhaitez-vous de plus amples details sur les elements suivants?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Assurance responsabilité des administrateurs et des agents | Oui | Non |
| 1. Assurance RC cyber | Oui | Non |

**SECTION 13 – Veuillez nous fournir tout document sur votre société, susceptible d’être pertinent pour cette demande**

**DÉCLARATION**

Je/Nous déclare/ons qu’à ma/notre connaissance et de mes/nos convictions, les informations fournies dans ce formulaire sont exactes et donnent une image fidèle du risque que je/nous demande/ons à ITIC d’assurer. Je/nous n’ai/avons ni déformé ni omis de fait essential. (Un fait important pourrait influencer l’évaluation d’un assureur, ou qui pourrait l’alerter sur la nécessité de demander de plus amples informations).

Toute assurance offerte sera soumise aux règles d’ITIC qui sont disponible à l’adresse suivante: www.ITIC-insure.com ou sur demande. Nous portons votre attention à la règle 1.1 qui liste/catalogue/répertorie les différentes sections de l’Assurance Act de 2015, qui sont exclues de votre couverture.

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature:** | **Fonction au sein de l’entreprise:** |
|  |  |
| **Date:** |  |
|  |

*Ce formulaire d’offre doit être rempli et signe par une personne autorisée a engager la société sollicitant cette assurance.*

**Veuillez envoyer ce formulaire dument complete a l’adresse suivante:** itic@thomasmiller.com