

**Partie 1 - Information**

Si vous avez besoin d'information, veuillez nous contacter au :

**Assurance individuelle** : Téléphone : 450 773-7170 / 514 489-8404 / Sans frais : 1 800 773-8404

**Assurance collective** : Téléphone : 450 773-7236 / 514 485-7236 / Sans frais : 1 800 818-7236

Télécopieur : 450 778-2519 / Courriel : prestations@humania.ca / **Site Internet** : www.humania.ca

Notre adresse est le : 1555, rue Girouard Ouest, C.P. 10000, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8

**Partie 2 - Identification**

**Déclaration de la personne assurée. La personne assurée doit remplir et soumettre sa demande dans les 90 jours suivant la date de l'invalidité.**

Police n° :

Nom de famille :

Prénom :  Initiale : \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_ N° d'enregistrement de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Votre profession : \_\_\_\_\_

Adresse de l'entreprise : \_\_\_\_\_ Suite n°: \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

N° de téléphone au travail :    N° de cellulaire :

N° de télécopieur :

**Partie 3 - Frais généraux admissibles**

Veuillez indiquer le montant et le pourcentage de participation des dépenses reliées aux frais d'exploitations de votre entreprise durant les 6 derniers mois précédant votre invalidité, et faisant partie de l'exercice de votre profession. Joindre les copies des pièces justificatives au nom de votre entreprise, telles que : contrats d'équipement, prêt hypothécaire, loyer, etc., et inclure le relevé confirmant les transactions bancaires s'y rattachant. Également joindre une copie de l'état financier de vos dépenses et revenus d'emploi.



#### Partie 4 - Description (suite)

	%	Montant
Salaire des employés d'une profession autre que la vôtre qui n'engendre pas de revenu et dont les services sont essentiels durant votre invalidité.	_____	_____
Intérêts sur les dettes de l'entreprise	_____	_____
Services publics (électricité, chauffage, téléphone, etc)	_____	_____
Paiements sur machinerie	_____	_____
Loyer ou versement hypothécaire de l'entreprise	_____	_____
Taxes et assurances	_____	_____
Dépenses de communication	_____	_____
Dépenses de papeterie et timbres	_____	_____
Frais d'entretien	_____	_____
Dépréciation sur l'équipement de bureau	_____	_____
Location d'équipement de bureau	_____	_____
Cotisations syndicales, au prorata	_____	_____
Honoraires professionnels pour services comptables	_____	_____
<b>Autres frais fixes habituels</b> reliés au fonctionnement de l'entreprise, veuillez préciser :	_____	_____
_____	_____	_____

#### Partie 5 - Frais généraux exclus

Les salaires, honoraires, prélèvements ou toute autre rémunération en tant qu'assuré ou tout membre de votre profession engagé par ou travaillant pour vous. Coût de marchandises, articles, produits pharmaceutiques ou de livres professionnels, de matériaux ou de fournitures. Les honoraires d'un professionnel de la santé parent ou allié à vous en tant qu'assuré. Les frais couverts par un autre contrat d'assurance.

#### Partie 6 - Déclaration

Je déclare que les renseignements contenus aux présentes sont exacts et complets, et que les montants indiqués sur le formulaire correspondent aux frais généraux admissibles comme défini à mon contrat d'assurance.

Signature de la  
personne assurée \_\_\_\_\_

Date :

jour	/	mois	/	année					