SUPPLÉMENT D'EXPERT EN SINISTRES

faisant partie de la demande de responsabilité professionnelle swgspecialty.com · soumissions@swgspecialty.com · +1 888-302-9215 · Fax: 905-428-3977



Nom du Proposant										
Fournir le pourcentage de revenu brut de votre entreprise de la dernière période d'exe suivants:	rcice financier pré	cédent attribuable aux								
Assurance des entreprises	L L L Pourcentage									
Assurance des particuliers	L I I I Pourcentage	TOTAL devrait être 100%								
Fournir le pourcentage de revenu brut de votre entreprise de la dernière période d'exe suivants:	rcice financier pré	cédent attribuable aux								
Responsabilité automobile	Pource nta ge									
Responsabilité aérienne	Pource nta ge									
Responsabilité générale	Pource nta ge									
Responsabilité professionnelle	Pource ntage	TOTAL devrait être 100%								
Dommages matériels d'auto	L L L Pource nta ge									
Biens	L I I I Pource nta ge									
Maritime	L I I I Pource nta ge									
Autre Décrire	L L L Pource nta ge									
Fournir le pourcentage de revenu brut de votre entreprise de la dernière période d'exe suivants:	rcice financier pré	cédent attribuable aux								
Règlement pour une compagnie d'assurance	Pource nta ge									
Règlement auto-assuré	L L L Pource nta ge	TOTAL devrait être 100%								
Autre L	L L L L Pourcentage									
Votre entreprise a-t-elle l'autorité de régler les réclamations au nom des assureurs?	Oui N	on								
Si oui, s'il vous plaît fournir: LIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII										
Lien avec le client										
Limite de règlement autorisée										

SUPPLÉMENT D'EXPERT EN SINISTRES

Y a-t-il un fonds fournit par chaque assureur?

faisant partie de la demande de responsabilité professionnelle swgspecialty.com · soumissions@swgspecialty.com · +1 888-302-9215 · Fax: 905-428-3977



Oui

Non

		1 1		ı			1 1	ı	1		ı	1	1 1	ĺ	 ı		1	ı		ı	ı	1 1	1	Į.	1 1	
Si oui, inc	liquer le	s mont	ants p	our ch	naque	assur	eur.			_					 					 						
	1 1	1 1					1 1		1	ш	1		1 1		 1	ш		ı	ш	 I		1_1		ı	ш	
Imprime v	otre no	n et tit	re	ı			1 1		_1	Ш					 1	ш										
impiimo i	0110 110	01 111																								
Signatur	e du d	emand	leur o	ı du	représ	sentar	nt aut	torisé	é								_									
DATE:	J	J M	. M	ΙA	А																					
DAIE:		171																								