

AVIS SUR L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE DANS LE CONNECTICUT

Déclaration relative à l'assurance complémentaire (Formulaire SL-8)

J'affirme/Nous affirmons, l'assuré/les assurés désigné(s), que, le _____, j'ai/nous avons demandé au producteur en assurances agréé désigné dans la présente Déclaration relative à l'assurance complémentaire d'obtenir la couverture d'assurance décrite dans les présentes ; que je/nous ai/avons été informé(s) par ledit agent d'assurance qu'il s'était efforcé avec grand soin de souscrire le risque auprès d'assureurs agréés qui sont autorisés à traiter la classe d'assurance concernée et qui acceptent, dans le cours normal de leurs prestations, d'assurer le risque de la même classe que le risque décrit dans les présentes ; et que lesdites sociétés n'acceptaient qu'une partie ou aucune partie de l'assurance requise.

J'ai/Nous avons également été informé(s) par ledit producteur en assurances que le montant d'assurance indiqué dans les présentes pouvait être obtenu auprès de certains assureurs qui ne sont pas agréés pour effectuer des prestations dans l'État du Connecticut. Par conséquent, j'ai/nous avons demandé au producteur en assurances désigné dans les présentes d'obtenir ladite assurance par le biais du bureau du courtier en assurance complémentaire désigné dans les présentes. J'ai/Nous avons été informé(s) par le producteur en assurances désigné dans les présentes que ladite assurance représente seulement l'excédent des montants qui peuvent être obtenus auprès d'assureurs agréés ou sur le marché secondaire du Connecticut. J'ai/Nous avons été informé(s) que, en plus des commissions, je/nous devrai/devrons payer les frais de prestation de service indiqués dans le paragraphe 9, alinéas a) et b). (La présente politique ne comprendra pas de frais de prestation de service supplémentaires. Le courtier en assurance complémentaire est Zainuddean Jeewanjee.)

Surplus Lines Statement (Form SL-8)

I/We, the named insured, state that on _____, I/We directed the licensed producing agent named on this Surplus Lines Statement to obtain insurance coverage described herein; that I/We were informed by said producing agent that he/she made a diligent effort to place this risk with licensed insurers authorized to transact the class of insurance involved and which accept in the usual course of business, insurance on risks of the same class as the risk described herein; and that said companies accepted only part of or no part of the required insurance.

I/We, were further informed by said producing agent that the amount of insurance indicated herein could be obtained from certain insurers not licensed to transact business in the State of Connecticut. I/We therefore directed the producing agent named herein to obtain said insurance through the office of the licensed Surplus Lines Broker named herein. I/We have been advised by the producing agent named herein that such insurance represents only the excess over the amounts procurable from licensed insurers or the Connecticut residual market. I/We have been advised that, in addition to commissions, I/We will be charged a service fee as set out in 9a and 9b. (This policy will not include additional service fees. Surplus Lines Broker is Zainuddean Jeewanjee.)

Signature de l'assuré / Signature of the insured

Together, all the way.™



"Cigna" and the "Tree of Life" logo are registered service marks of Cigna Intellectual Property, Inc., licensed for use by Cigna Corporation and its operating subsidiaries. All products and services are provided by or through such operating subsidiaries, and not by Cigna Corporation. Such operating subsidiaries include Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. and Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2020 Cigna