

Proposition

Assurance de la responsabilité civile des administrateurs et dirigeants d'entité sans but lucratif

Courtier soumissionnaire, veuillez remplir ce qui suit pour nous aider à traiter cette soumission :

Nom de votre courtage : _____
 Votre nom (ou le nom de la personne-ressource) : _____
 Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____
 Aux fins d'un renouvellement seulement : Numéro de police : _____ Numéro de client : _____

Remarque : Il faut répondre à toutes les questions.

1. (a) Nom et adresse : _____

(b) Lieu de constitution : _____ (c) Date de constitution : _____

(d) Sélectionner la catégorie qui représente le mieux vos activités parmi les suivantes :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Organisme communautaire | <input type="checkbox"/> Club de golf/de loisirs | <input type="checkbox"/> Association professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Copropriété/Logement | <input type="checkbox"/> Organisme gouvernemental | <input type="checkbox"/> Organisation religieuse |
| <input type="checkbox"/> Coopérative | <input type="checkbox"/> Fournisseur de soins de santé | <input type="checkbox"/> École/Institution d'enseignement |
| <input type="checkbox"/> Garderie | <input type="checkbox"/> Syndicat | <input type="checkbox"/> Club sportif/récréatif |
| <input type="checkbox"/> Fondation | <input type="checkbox"/> Groupe de pression | <input type="checkbox"/> Corps de métiers/gens d'affaires |
| <input type="checkbox"/> Société d'aide mutuelle/Association étudiante | <input type="checkbox"/> Musée | <input type="checkbox"/> Autre _____ |

2. (a) Veuillez fournir des renseignements financiers au sujet de l'ENTITÉ dans le tableau ci-dessous.

	Exercice le plus récent	Exercice précédent
Actifs		
Passifs		
Revenus		
Bénéfice net (perte nette)		

(b) L'ENTITÉ a-t-elle actuellement des arriérés de paiements à l'Agence du revenu du Canada ou à des ministères du Revenu provinciaux (y compris les déductions à la source, la TPS, la TVH et la TVP)? OUI NON

(c) L'ENTITÉ a-t-elle actuellement ou au cours des trois dernières années manqué à l'un de ses engagements liés à des dettes ou à l'une de ses ententes de prêt ou obligations contractuelles, ou prévoit-elle qu'un tel manquement pourrait se produire au cours des 12 prochains mois? OUI NON

(d) Si l'ENTITÉ détient un statut d'organisme de bienfaisance, ce statut a-t-il déjà été révoqué ou sujet à une révision? OUI NON

3. Nombre d'employés : _____ Nombre de membres : _____

Si le nombre d'employés est supérieur à 25, veuillez répondre aux questions dans le tableau ci-dessous. Si inférieur, poursuivez à la question 4.

(a)	Quel est le taux de rotation annuel des employés? _____	
(b)	Combien d'employés et de dirigeants ont cessé d'exercer leurs fonctions au cours des deux dernières années? _____	
(c)	Le taux de rotation a-t-il dépassé les niveaux historiques au cours des deux dernières années?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
(d)	Des mises à pied, des compressions de personnel ou des fermetures d'une succursale ou d'un bureau sont-elles prévues pour les deux prochaines années?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
(e)	L'ENTITÉ a-t-elle :	
	(i) des lignes directrices écrites sur le processus d'entrevue et d'embauche?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	(ii) un département des Ressources humaines? (Dans la négative, veuillez fournir des détails.)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
(f)	Lorsqu'un employé perd son emploi :	
	(i) l'approbation d'un dirigeant est-elle requise?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	(ii) le personnel des Ressources humaines est-il directement impliqué?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

4. L'ENTITÉ est-elle un organisme de réglementation pour ses membres? OUI NON

5. L'ENTITÉ exerce-t-elle des activités à l'extérieur du Canada? OUI NON

6. L'ENTITÉ parraine-t-elle un ou des régimes de retraite? OUI NON

7. (a) Existe-t-il des réclamations antérieures ou actuelles présentées contre un administrateur ou un dirigeant, l'ENTITÉ ou toute autre personne visée par la proposition d'assurance? OUI NON

(b) Au cours des trois dernières années, l'ENTITÉ a-t-elle fait l'objet d'une enquête, d'une plainte, d'un avis ou d'une poursuite intenté par une autorité réglementaire fédérale ou provinciale? OUI NON

(c) Le soussigné ou toute autre personne visée par la proposition d'assurance sont-ils au courant de faits ou de circonstances impliquant l'ENTITÉ, ses filiales ou les administrateurs ou dirigeants, ou les fiduciaires, les employés, les bénévoles ou les membres d'un comité de l'ENTITÉ ou de ses filiales qui donneraient lieu de croire à l'éventualité d'une réclamation? OUI NON

Si vous avez répondu dans l'affirmative à l'un des alinéas ci-dessus, veuillez fournir des détails.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ASSURANCES

8. (a) Assurance actuelle ou précédente :

Assureur(s)	Date d'expiration	Limite	Franchise
_____	_____	_____	\$ _____ \$
_____	_____	_____	\$ _____ \$
_____	_____	_____	\$ _____ \$

(b) Une assurance similaire au nom de l'ENTITÉ a-t-elle été annulée ou non renouvelée? OUI NON

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.

SANS RESTREINDRE LA PORTÉE DE TOUT AUTRE RECOURS DONT LES ASSUREURS PEUVENT SE PRÉVALOIR, LA GARANTIE PROPOSÉE NE COUVRIRA PAS LES RÉCLAMATIONS DONT UNE PERSONNE VISÉE PAR LA PROPOSITION D'ASSURANCE A CONNAISSANCE NI LES RÉCLAMATIONS QUI DÉCOULENT DE FAITS OU DE CIRCONSTANCES DONT CETTE PERSONNE A CONNAISSANCE.

CONSENTEMENT DU PROPOSANT À L'ÉGARD DE LA TRANSMISSION DE L'INFORMATION FIGURANT DANS LA PROPOSITION

Par les présentes, je reconnais que mon courtier d'assurance obtient l'information fournie dans la proposition afin de la transmettre au Groupe ENCON inc. dans l'unique but d'obtenir une police d'assurance, et que cette information sera gardée confidentielle.

En outre, j'autorise le Groupe ENCON inc. ainsi que ses assureurs et fournisseurs de services à faire ce qui suit :

- effectuer des vérifications, en faisant appel à des sources extérieures, à l'égard de l'information figurant dans la proposition, dans les documents joints et dans les documents fournis ultérieurement;
- en présence d'une réclamation, transmettre l'information soumise et vérifiée à des bureaux d'experts en sinistres, à des cabinets d'avocats ou à d'autres bureaux similaires, aux fins des enquêtes, de la préparation de la défense, des négociations ou du règlement de la réclamation qui peuvent être nécessaires.

Pour de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels d'ENCON, veuillez vous adresser au dirigeant chargé de la protection des renseignements personnels au dprp@encon.ca.

DÉCLARATIONS ET SIGNATURE

Le soussigné déclare ce qui suit :

- (a) qu'il est dûment autorisé à remplir la présente proposition et que les déclarations faites dans les présentes sont véridiques et complètes;
- (b) que des efforts raisonnables ont été déployés pour obtenir des renseignements suffisants auprès de chaque personne visée par la proposition d'assurance afin que le présent formulaire de proposition soit rempli de manière appropriée et exacte;
- (c) que les renseignements financiers soumis avec la présente proposition représentent la situation financière actuelle de l'ENTITÉ.

Le soussigné convient de ce qui suit :

- (a) si des modifications sont apportées aux renseignements qu'il a donnés dans la présente proposition entre la date de celle-ci et la date d'entrée en vigueur de la police, il en avisera immédiatement ENCON par écrit et, sans restreindre la portée de tout autre recours, ENCON pourra révoquer ou modifier toute proposition de prix en vigueur, ainsi que toute autorisation ou entente visant à lier la couverture;
- (b) si une police est émise, la présente proposition et les documents qui y sont joints en feront partie.

Signature

Fonction (Président ou Directeur général)

Date (jj/mm/aaaa)

ENTITÉ