

# Proposition

## Assurance de la responsabilité civile des administrateurs et dirigeants d'entité sans but lucratif et contre les erreurs et omissions

**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.**

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. (a) Nom : \_\_\_\_\_
- (b) Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- (c) Adresse des succursales : \_\_\_\_\_
- (d) Décrivez la structure juridique de l'ENTITÉ (société, association, fondation, organisation professionnelle, commerce, services, etc.), ainsi que ses buts et la nature de ses activités :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- (e) Constituée sous le régime des lois de : \_\_\_\_\_ Date de constitution : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

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

## ACTIVITÉS OPÉRATIONNELLES

3. Veuillez donner une description complète des activités de l'ENTITÉ ainsi que des définitions des termes peu courants :

---

---

---

---

---

4. À qui l'ENTITÉ offre-t-elle ses services? \_\_\_\_\_

---

5. (a) L'ENTITÉ offre-t-elle des services ou exécute-t-elle des activités à l'extérieur du Canada? OUI  NON

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails complets pour notre examen et acceptation, sur les services offerts, l'emplacement ainsi que les honoraires ou les revenus bruts annuels de l'année écoulée et les prévisions pour la prochaine année.

- (b) Veuillez indiquer la répartition en pourcentage des honoraires de l'ENTITÉ pour chaque catégorie de services :

Type de service	% (totalisant 100 %)
_____	_____
_____	_____
_____	_____

6. (a) Veuillez préciser les secteurs de vos activités qui justifient le plus vos besoins en assurance contre les erreurs et omissions :

---

- (b) Quels moyens ou procédures l'ENTITÉ utilise-t-elle pour éviter des telles pertes?

---

---

7. (a) Veuillez préciser le nombre total de personnel :

Professionnels \_\_\_\_\_ De bureau \_\_\_\_\_ Bénévoles \_\_\_\_\_ Autres (précisez) \_\_\_\_\_

- (b) Veuillez remplir le tableau suivant pour chaque personne exécutant des activités professionnelles :

Nom	Tâches	Formation	Années d'expérience
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Si le nombre d'employés est supérieur à 25, veuillez répondre aux questions dans le tableau ci-dessous.**

- |   |
|---|
| (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"/>

8. L'ENTITÉ ou toute personne visée par la proposition d'assurance s'occupe-t-elle de ce qui suit (dans l'affirmative, veuillez préciser) :

(a) prendre ou recommander toute mesure disciplinaire découlant d'activités de révision des pairs? OUI  NON

\_\_\_\_\_

(b) publier tout magazine, périodique ou bulletin? (Dans l'affirmative, veuillez joindre un exemplaire.) OUI  NON

\_\_\_\_\_

(c) participer à des activités de pression politique (lobbying) ou à la négociation de conventions collectives? OUI  NON

\_\_\_\_\_

**SI CE RISQUE EST UN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT,  
VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION SUIVANTE :**

9. Décrivez votre établissement : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. (a) Nombre de lits (si applicable) : \_\_\_\_\_

(b) Décrivez le genre de patients :  chroniques/à long terme  autonomes  ayant un handicap physique ou mental

11. Énumérez les médecins, chirurgiens et dentistes de l'établissement en précisant leur discipline et leur assureur en responsabilité professionnelle :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE L'ASSURANCE CONTRE LES ERREURS ET OMISSIONS PROPOSÉE EXCLUT LES SERVICES DES MÉDECINS, CHIRURGIENS ET DENTISTES LORSQU'ILS RENDENT OU OMETTENT DE RENDRE UN ACTE DANS LE CADRE DE LA PRATIQUE DE LEUR PROFESSION.

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ASSURANCES**

12. (a) Une assurance similaire à ce qui est proposé aux présentes a-t-elle été annulée ou non renouvelée? OUI  NON

**Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.**

(b) Assurance précédente de la responsabilité civile des administrateurs et dirigeants :

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

(c) Assurance précédente contre les erreurs et omissions :

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

## CONNAISSANCES ANTÉRIEURES

13. (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

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 à Gestionnaires d'assurance Victor inc. dans l'unique but d'obtenir une police d'assurance, et que cette information sera gardée confidentielle.

En outre, j'autorise Gestionnaires d'assurance Victor 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 de Victor, veuillez vous adresser au dirigeant chargé de la protection des renseignements personnels au [privacypolicyinquiries@victorinsurance.com](mailto:privacypolicyinquiries@victorinsurance.com).

## 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 (dans le cas contraire, veuillez fournir des détails sur une feuille distincte).

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 Victor par écrit et, sans restreindre la portée de tout autre recours, Victor 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