

Proposition de renouvellement

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.

1. Nom : _____

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. Y a-t-il eu au cours des 12 derniers mois, ou l'ENTITÉ envisage-t-elle au cours des 12 prochains mois, des changements au sujet de :

(a) son adresse OUI NON

(b) le montant ou les sources de revenus OUI NON

(c) les activités ou services offerts par l'ENTITÉ OUI NON

(d) les filiales OUI NON

(e) la fonction disciplinaire OUI NON

- (f) le nombre de lits (si risque est de nature médicale) OUI NON
- (g) les activités à l'extérieur du Canada OUI NON
- (h) le régime de retraite OUI NON

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

4. Veuillez mettre à jour le nombre total de personnel :

Professionnels _____ De bureau _____ Bénévoles _____ Autres (précisez) _____

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"/>

5. Veuillez soumettre une copie du dernier rapport annuel incluant les états financiers.

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.

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 les états 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