

# Proposition

## PrivéePlus – Société fermée

### Assurance de la responsabilité civile des membres de la direction

**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 : \_\_\_\_\_

- Remarques :**
1. « ENTITÉ » comprend la société mère et toutes les FILIALES détenues dans une proportion supérieure à 50 % pour lesquelles une couverture est demandée.
  2. Il faut répondre à toutes les questions.
  3. Les termes en majuscules sont définis dans la police.

### RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES REQUIS

Veuillez soumettre les renseignements suivants pour compléter votre soumission :

- (a) les plus récents états financiers annuels consolidés (si la question 5 (a) n'est pas remplie);
- (b) dans le cas d'une entreprise en démarrage, un plan d'affaires et des états financiers pro forma;
- (c) dans le cas d'un régime à prestations déterminées, le plus récent rapport actuariel;
- (d) un organigramme illustrant la structure de l'entreprise et fournissant des détails sur toutes les FILIALES [si des détails ne sont pas fournis à la question 2 (e)];
- (e) une liste des administrateurs et dirigeants pour toutes les ENTITÉS demandant une couverture.

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTITÉ

1. (a) Nom : \_\_\_\_\_  
(b) Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(c) Site Web : \_\_\_\_\_  
(d) Constituée sous le régime des lois de : \_\_\_\_\_ Date de constitution : \_\_\_\_\_  
(e) Nombre total d'administrateurs et de dirigeants (ou joindre une liste des administrateurs et des dirigeants) :  
au Canada \_\_\_\_\_ aux États-Unis \_\_\_\_\_ ailleurs \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LA PROPRIÉTÉ

2. (a) Nombre de détenteurs d'actions avec droit de vote : \_\_\_\_\_
- (b) Pourcentage d'actions avec droit de vote appartenant à des administrateurs ou à des dirigeants (directement ou en propriété effective) : \_\_\_\_\_ %
- (c) Nom et pourcentage de participation de tout actionnaire détenteur d'au moins 5 % des actions avec droit de vote (directement et en propriété effective) : \_\_\_\_\_

**S'il y a eu des changements à cette liste les derniers 24 mois, veuillez fournir des détails.**

- (d) Existe-t-il d'autres actions convertibles en actions avec droit de vote? OUI  NON

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

- (e) Est-ce que l'ENTITÉ est propriétaire de FILIALES? OUI  NON

**Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails (ou joindre un organigramme).**

Nom	Territoire	% de propriété	Année de constitution	Description

Remarque : La couverture sera offerte automatiquement aux sociétés qui répondent à la définition du terme FILIALE figurant dans le libellé de la police. **Si l'ENTITÉ n'a pas besoin d'une couverture pour les FILIALES, veuillez fournir des détails.**

3. L'ENTITÉ envisage-t-elle actuellement ce qui suit ou a-t-elle, au cours des 12 derniers mois, fait l'objet de ce qui suit :
- (a) des acquisitions, fusions ou dessaisissements majeurs? OUI  NON
- (b) une inscription à un appel public à l'épargne ou un placement privé de titres? OUI  NON
- (c) un changement de membres de la haute direction, d'administrateurs ou de vérificateurs externes? OUI  NON

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

## RENSEIGNEMENTS GÉOGRAPHIQUES (généraux)

4. En date de la présente proposition, veuillez fournir les renseignements suivants :

- |  | Canada  | États-Unis | Ailleurs  |
|--|---------|------------|---|
| (a) Pourcentage des actifs   | _____ % | _____ %    | _____ %   |
| (b) Pourcentage des actions détenues   | _____ % | _____ %    | _____ %   |
| (c) Pourcentage du chiffre d'affaires/des revenus réalisés                                     | _____ % | _____ %    | _____ %   |
| (d) Nombre d'EMPLOYÉS  | _____   | _____      | _____   |
| (e) L'ENTITÉ prévoit-elle augmenter sa position aux États-Unis au cours des 12 prochains mois? |         |            | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

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

- (f) Si l'ENTITÉ exerce des activités ailleurs qu'au Canada et aux États-Unis, veuillez indiquer de quels pays il s'agit et fournir des détails :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS FINANCIERS (consolidés)

5. (a) Veuillez remplir le tableau suivant ou soumettre les plus récents états financiers annuels consolidés :

	Exercice le plus récent	Exercice précédent
Actifs à court terme		
Stocks		
Total des actifs		
Passifs à court terme		
Passifs à long terme		
Capitaux propres		
Revenus		
Bénéfice net (perte nette)		

- (b) L'ENTITÉ a-t-elle actuellement ou a-t-elle eu au cours des trois dernières années 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 est-elle actuellement placée sous la protection de la *Loi sur les arrangements avec les créanciers des compagnies* (Canada) ou des dispositions législatives appelées « *Chapter 11* » (États-Unis) ou a-t-elle recherché cette protection au cours des trois dernières années ou prévoit-elle le faire au cours des 12 prochains mois? OUI  NON
- (d) L'ENTITÉ a-t-elle actuellement ou au cours des trois dernières années manqué d'une façon importante 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
- (e) L'ENTITÉ tire-t-elle plus de 25 % de son revenu annuel d'un seul client? OUI  NON

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

## RENSEIGNEMENTS SUR LES PRATIQUES D'EMPLOI

Si vous n'avez pas besoin de l'assurance de la responsabilité civile en matière de pratiques d'emploi, poursuivez à la question 10.

6. Nombre d'EMPLOYÉS situés : au Canada \_\_\_\_\_ aux États-Unis \_\_\_\_\_ ailleurs \_\_\_\_\_
7. (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?  
Exercice en cours : Départs volontaires \_\_\_\_\_ Départs involontaires \_\_\_\_\_ Mises à pied \_\_\_\_\_  
Exercice précédent : Départs volontaires \_\_\_\_\_ Départs involontaires \_\_\_\_\_ Mises à pied \_\_\_\_\_
- (c) Le taux de rotation a-t-il dépassé les niveaux historiques au cours des deux dernières années? OUI  NON
- (d) Des mises à pied, des compressions de personnel ou des fermetures d'une usine, d'une succursale ou d'un bureau sont-elles prévues pour les deux prochaines années? OUI  NON

Si vous avez répondu dans l'affirmative à l'alinéa (c) ou (d), veuillez fournir des détails.

8. L'ENTITÉ a-t-elle :
- (a) des lignes directrices écrites sur le processus d'entrevue et d'embauche? OUI  NON
- (b) un département des Ressources humaines? OUI  NON

Si vous avez répondu dans la négative à l'alinéa (b), veuillez indiquer comment les tâches liées à cette fonction sont remplies.

9. Lorsqu'un EMPLOYÉ perd son emploi :

- (a) l'approbation d'un dirigeant est-elle requise? OUI  NON
- (b) le personnel des Ressources humaines est-il directement impliqué? OUI  NON

## RENSEIGNEMENTS FIDUCIAIRES

---

Si vous n'avez pas besoin de l'assurance de la responsabilité civile des fiduciaires, poursuivez à la question 11.

10. (a) Veuillez indiquer le type de régimes pour lesquels l'assurance est demandée :

Type	Nom du ou des régimes	Actifs	Fiduciaire	Administrateur du régime

Types : PD – Prestations déterminées      CD – Cotisations déterminées      P – Prévoyance/Caisse centrale  
A – Actionnariat des employés      R – REER      O – Autre

- (b) Nombre total de participants (y compris les retraités) à tous les régimes : Actifs : \_\_\_\_\_ Retraités : \_\_\_\_\_
- (c) Dans le cas d'un régime de prestations déterminées, le régime est-il adéquatement financé tel qu'attesté par un actuaire? OUI  NON

**Veuillez fournir une copie du plus récent rapport actuariel avec la présente proposition pour tout régime de prestations déterminées.**

- (d) Certains régimes sont-ils sous-financés ou est-ce que l'organisation du promoteur ou une FILIALE affiche des arriérés de cotisation à l'égard d'un régime? OUI  NON

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

- (e) Est-ce que l'organisation du promoteur ou une FILIALE prévoit mettre fin, suspendre, fusionner ou dissoudre un régime dans les 12 prochains mois? OUI  NON

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

## ANTÉCÉDENTS

---

11. Au cours des trois dernières années, un des administrateurs, dirigeants, EMPLOYÉS, régimes de retraite, fiduciaires d'un régime de retraite ou l'ENTITÉ a-t-il été impliqué dans :

- (a) des actions, procédures ou enquêtes fondées sur ou découlant d'une prétendue violation d'une loi ou d'un règlement sur les valeurs mobilières, d'une loi anti-monopole ou d'une loi ou d'un règlement sur les opérations restrictives de négociation? OUI  NON
- (b) des procédures d'insolvabilité et/ou de faillite? OUI  NON
- (c) des poursuites pénales? OUI  NON
- (d) des actions en justice collectives, recours collectifs ou actions obliques? OUI  NON
- (e) des procédures ou litiges en matière de pratiques d'emploi ou de relations de travail? OUI  NON
- (f) des procédures ou litiges se rapportant à un régime de retraite ou à un régime d'avantages sociaux des employés? OUI  NON
- (g) une réclamation présentée aux termes d'une police d'assurance de la responsabilité civile des administrateurs et dirigeants, des pratiques d'emploi ou des fiduciaires, ou un avis de réclamation potentielle donné à l'assureur? OUI  NON

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

## RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ASSURANCES

---

12. (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.**

## CONNAISSANCES ANTÉRIEURES

---

13. (a) Une personne ou entité visée par la proposition d'assurance fait-elle l'objet d'une RÉCLAMATION en cours? OUI  NON

(b) Une personne visée par la proposition d'assurance est-elle au courant de faits ou de circonstances pouvant donner lieu à une RÉCLAMATION? OUI  NON

**Si vous avez répondu dans l'affirmative à l'un des alinéas ci-dessus, 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 UN ASSURÉ A CONNAISSANCE NI LES RÉCLAMATIONS QUI DÉCOULENT DE FAITS OU DE CIRCONSTANCES DONT CET ASSURÉ 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 :

- qu'il est dûment autorisé par l'ENTITÉ à remplir la présente proposition et que les déclarations faites dans les présentes sont véridiques et complètes;
- 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;
- que les renseignements financiers soumis avec la présente proposition représentent la situation financière actuelle de l'ENTITÉ, y compris ses FILIALES (dans le cas contraire, veuillez fournir des détails sur une feuille distincte).

Le soussigné convient de ce qui suit :

- 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 du conseil ou Président)

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
ENTITÉ