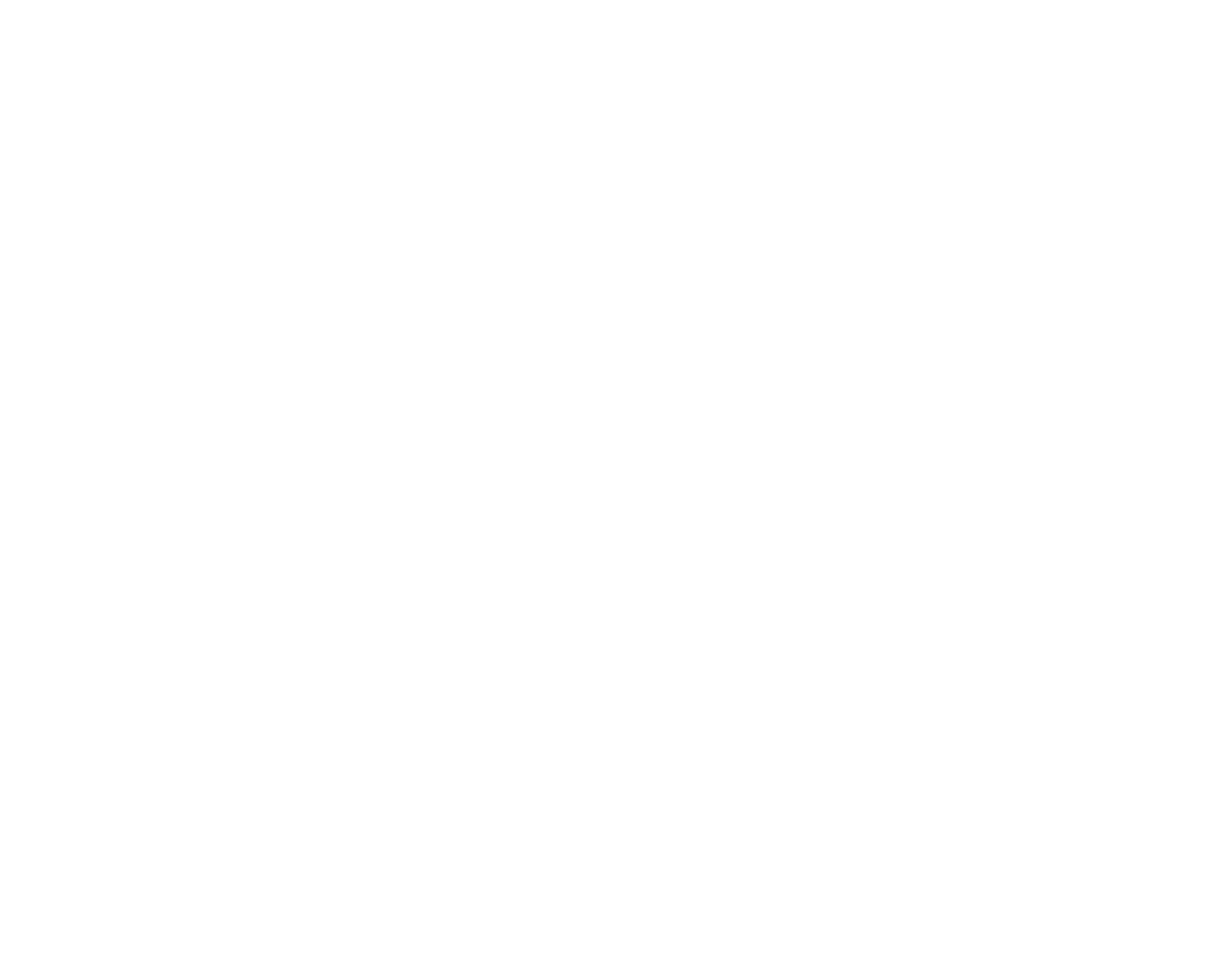
## RESPONSABILITÉ CIVILE GÉNÉRALE ET UMBRELLA PROPOSITION



**Services de gestion TSW Inc**.

Grossiste international d’assurance

2540, boulevard Daniel-Johnson, bureau 505

Laval (Québec) H7T 2S3

T. 514-982-6522 F. 514-982-9764

Sans frais. 1-800-892-6522

Toll Free: 1 866 904-8146

Top of Form

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 1 – PROPOSANT** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOM DU PROPOSANT : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRESSE DU PROPOSANT : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LE PROPOSANT EST : | | | | une corporation | | | | | | | | | | un partenariat | | | | | | | | | | |
|  | | | | un individu | | | | | | | | | | autre : | | | | | | | | | | |
| DESCRIPTION DES ACTIVITÉS : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANNÉE D’INCORPORATION : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOM ET ADRESSE DES FILIALES (nationales et étrangères): | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SECTION 2 – DÉTAILS DES GARANTIES REQUISES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE D’ENTRÉE EN VIGUEUR DE L’ASSURANCE : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOM DE L’ASSUREUR ACTUEL : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BASÉ SUR LA DATE DE RÉCLAMATION : | | | | | | | | | | | | | | | | | | Oui | | | | | Non | |
| EST-CE QU’UN ASSUREUR A DÉJÀ REFUSÉ OU RÉSILIÉ UNE ASSURANCE : | | | | | | | | | | | | | | | | | | Oui | | | | | Non | |
| Si oui, fournir les détails: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SECTION 3 – PROPRIÉTÉ LOUÉE (décrire tous les bâtiments)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPLACEMENT | DIMENSION | | | | | | OCCUPATION | | | | | | LOYER ANNUEL | | | | | | | CONSTRUCTION | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | | $ | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | | $ | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | | $ | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | | $ | | | | | | |  | | | | |
| **Est-ce que le proposant a un intérêt, en tant que propriétaire ou locataire, dans les biens suivants ?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTE-CHARGE ET/OU ASCENSEUR ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | Oui | | | | | Non | |
| Si oui, spécifiez le nombre, le genre, la capacité, l’utilisation et l’emplacement : | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| TERRAINS : | | | | | | | | | | | | | | | | | | Oui | | | | | Non | |
| Si oui, spécifiez l’emplacement, la dimension et l’utilisation : | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| PISCINES, FONTAINES, BASSINS D’EAU ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | Oui | | | | | Non | |
| Si oui, les décrire : | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| BÂTEAU EN PROPRIÉTÉ | | | Oui | | Non | | | | | **OU** bateau loué ou nolisé | | | | | | | | Oui | | | | | Non | |
| Si oui, spécifiez le nombre, le genre, la longueur et CV : | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| AVION EN LOCATION: | | | | | | | | | | | | | | | | | | Oui | | | | | Non | |
| Si oui, spécifiez le nombre et le coût annuel de location : | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| BÂTISSE(S) VACANTE(S) OU INOCCUPÉE(S) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | Oui | | | | | Non | |
| Si oui, spécifiez : | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **SECTION 4 – OPÉRATIONS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Description des opérations et des ventes annuelles du proposant | | | | | | | | | | | | % DISTRIBUTION | | | | | | | | | | | | |
| CANADA | | | | | | |  | | | | |  |
| OPÉRATIONS | | | | | | | | VENTES ANNUELLES | | | | ONT | | | | QUÉ | | | É-U | | | | | AUT |
|  | | | | | | | | $ | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | $ | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | $ | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | $ | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | $ | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | $ | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | $ | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | $ | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  |
| **TOTAL** | | | | | | | | $ | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  |
| S’il y a distribution aux É-U, dans quels états vos produits sont-ils vendus ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indiquez l’adresse et la description des opérations aux É-U : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre d’employés et bordereau des salaires : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | ADMINISTRATION | | | | SERVICE | | | | | VENTES | | | | AUTRE | | | | | | TOTAL | | | |
| EMPLOYÉS : | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |
| BORDEREAU DES SALAIRES ANNUELS : | | $ | | | | $ | | | | | $ | | | | $ | | | | | | $ | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SECTION 5 – RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE ACCESSOIRE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LE PROPOSANT OPÈRE-T-IL UN HÔPITAL, UNE CLINIQUE OU UNE INSTALLATION DE PREMIERS SOINS ? | | | | | | | | | | | | | | | | | Oui | | | | | Non | | |
| Si oui, spécifiez | | | | | | | | | | | | | | | | | TEMPS PLEIN | | | | | TEMPS PARTIEL | | |
| Nombre de médecins : | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| Nombre d’infirmiers/infirmières : | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| EST-CE QUE LA RESPONSABILITÉ INDIVIDUELLE DES MÉDECINS ET DES INFIRMIERS/INFIRMIÈRES EMBAUCHÉS EST COUVERTE PAR UNE ASSURANCE ? | | | | | | | | | | | | | | | | | Oui | | | | | Non | | |
| Si oui, quel est le montant d’assurance fournie ? | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 6 – RESPONSABILITÉ CONTRACTUELLE** | | | | | | | | | | | | | | |
| EST-CE QUE LE PROPOSANT ASSUME UNE RESPONSABILITÉ PAR CONTRAT OU ENTENTES VERBALES OU ÉCRITES ? | | | | | | | | | | Oui | | | | Non |
| Si oui, veuillez joindre une copie de chaque contrat ou entente écrite. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **SECTION 7 – RESPONSABILITÉ DE PRODUIT** | | | | | | | | | | | | | | |
| Indiquez, par catégorie, tous les produits manufacturés, vendus, manipulés ou distribués par le proposant : | | | | | | | | | | | | VENTES ANNUELLES | | |
|  | | | | | | | | | | | | $ | | |
|  | | | | | | | | | | | | $ | | |
|  | | | | | | | | | | | | $ | | |
|  | | | | | | | | | | | | $ | | |
| Donnez les détails des activités à l’extérieur des lieux du proposant : | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Décrivez les produits dont la fabrication est arrêtée. Donnez la raison pour la cessation de production et l’année. Spécifiez les ventes annuelles: | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Indiquez les produits obtenus lors d’acquisitions ou de fusions : | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Identifiez les produits dont la mise en marché est prévue au cours des 12 prochains mois : | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| LE PROPOSANT A-T-IL DES ACTIVITÉS À L’EXTÉRIEUR DU CANADA? | | | | | | | | | Oui | | | | Non | |
| Si oui, dans quels pays et quelles sont ces activités ? | | | | | | |  | | | | | | | |
| LE PROPOSANT A-T-IL INCLUS DES BROCHURES OU D’AUTRES DOCUMENTS PERTINENTS CONCERNANT LES PRODUITS ? | | | | | | | | | Oui | | | | Non | |
| EST-CE QUE CERTAINS PRODUITS OU ACTIVITÉS SONT RELIÉS À L’ÉNERGIE NUCLÉAIRE OU À LA DÉFENSE ? | | | | | | | | | Oui | | | | Non | |
| EST-CE QUE CERTAINS PRODUITS OU ACTIVITÉS IMPLIQUENT L’UTILISATION DE RADIO-ISOTOPE OU DE RADIOACTIVITÉ ? | | | | | | | | | Oui | | | | Non | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **SECTION 8 – AUTRES RISQUES** | | | | | | | | | | | | | | |
| Est-ce que le proposant est sujet aux risques suivants : | | | | | | | | | | | | | | |
| TRAVAIL CONFIÉ À DES SOUS-TRAITANTS OU À DES ENTREPRENEURS INDÉPENDANTS ? | | | | | | | | | Oui | | | | Non | |
| Genre de travail : |  | | | | | | | | | | | | | |
| Coûts annuels : |  | | | | | | | | | | | | | |
| ACTIVITÉS DE CHEMIN DE FER ? | | | | | | | | | Oui | | | | Non | |
| Décrivez en détail tout chemin de fer possédé, utilisé ou opéré par l’assuré : | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| PUBLICITÉ ? | | | | | | | | | Oui | | | | Non | |
| Description : | | |  | | | | | | | | | | | |
| Dépense publicitaire annuelle estimée, de plus de 10 000$ | | | | | | | | | | | | | | |
| Agence de publicité : | | |  | | | | | | | | | | | |
| Autres : | | |  | | | | | | | | | | | |
| Description d’activités publicitaires inhabituelles telles que des concours, des expositions : | | |  | | | | | | | | | | | |
| POLLUTION (produits chimiques, gaz, déchets) ? | | | | | | | | | Oui | | | | Non | |
| Spécifiez les quantités, les méthodes d’entreposage et de manipulation, les méthodes de transport hors des lieux, la permission donnée à des tiers de disposer des déchets sur les lieux, le type de contrôle : | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **SECTION 9 – RESPONSABILITÉ PATRONALE** | | | | | | | | | | | | | | |
| EST-CE QUE L’ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ PATRONALE EST DISPONIBLE DANS TOUTES LES PROVINCES OÙ LE PROPOSANT FAIT AFFAIRE ? | | | | | | | | | Oui | | | | | Non |
| Si oui, est-ce que le proposant y souscrit ? | | | | | | | | | Oui | | | | | Non |
| Si non, spécifiez les provinces et le bordereau des salaires : | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **SECTION 10 – AUTOMOBILE** | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de véhicules | | | | | | | | | | | | | | |
| PRIVÉ : | | | | ÉQUIPEMENT MOTORISÉ : | | | | LÉGER : | | | | | | |
| REMORQUES : | | | | LOURD : | | | | AUTOBUS : | | | | | | |
| Est-ce que les véhicules sont utilisés pour le transport sur longues distances | | | | | | | | | | | | | | |
| PARTOUT AU PAYS ? | | | | | | | | | | Oui | | | | Non |
| Si oui, quelles provinces ? | |  | | | | | | | | | | | | |
| AUX ÉTATS-UNIS ? | | | | | | | | | | Oui | | | | Non |
| Si oui, quels États ? | |  | | | | | | | | | | | | |
| Si oui, spécifiez : | | Produits de l’assuré | | | Produits d’autrui | | | | | | Les deux | | | |
| EST-CE QUE LES VÉHICULES SONT UTILISÉS POUR LE TRANSPORT DE SUBSTANCES INFLAMMABLES, CAUSTIQUES OU EXPLOSIVES ? | | | | | | | | | | Oui | | | | Non |
| L’ASSURÉ UTILISE-T-IL DES VÉHICULES NE LUI APPARTENANT PAS ? (véhicules loués pour moins de 30 jours ou véhicules empruntés) : | | | | | | | | | | Oui | | | | Non |
| Si oui, donnez les détails : | | Nombre : | | | | Utilisation : | | | | | | | | |
| NOMBRE D’EMPLOYÉS QUI UTILISENT LEUR VÉHICULE DANS LE CADRE DES OPÉRATIONS DE LA COMPAGNIE | | | | | | | | | |  | | | | |
| Vont-ils aux États-Unis? | | | | | | | | | | Oui | | | | Non |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 11 – HISTORIQUE DES RÉCLAMATIONS EN RESPONSABILITÉ ET DÉTAILS D’ASSURANCE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Veuillez inscrire toutes les réclamations payées ou en suspens des cinq (5) dernières années, que ces réclamations aient été assurées ou non. Indiquez, par ordre ascendant, le coût total pour chaque réclamation, incluant les frais de défense et les franchises. Incluez l’expérience de perte des compagnies qui ont été acquises ou fusionnées avec votre compagnie. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU SINISTRE | | ÉTAT | | | DÉCRIVEZ LE SINISTRE ET LES BLESSURES OU LES DOMMAGES | | | | | | MONTANT | | | | | | | | FRANC. | |
| NON RÉGLÉ | | | | PAYÉ | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | $ | | | | $ | | | | $ | |
|  | |  | | |  | | | | | | $ | | | | $ | | | | $ | |
|  | |  | | |  | | | | | | $ | | | | $ | | | | $ | |
|  | |  | | |  | | | | | | $ | | | | $ | | | | $ | |
|  | |  | | |  | | | | | | $ | | | | $ | | | | $ | |
|  | |  | | |  | | | | | | $ | | | | $ | | | | $ | |
| CONNAISSEZ-VOUS D’AUTRES INCIDENTS QUI POURRAIENT RÉSULTER EN DES RÉCLAMATIONS CONTRE VOUS ? | | | | | | | | | | | | | Oui | | | | Non | | | |
| Si oui, détaillez : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SECTION 12 – GARANTIES REQUISES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Montant de garantie: |  | | | | | | | | Montant de garantie: | | |  | | | | | | | | |
| Responsabilité civile générale | | | |  | | | | | Umbrella/Excédentaire | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | OUI | | NON |  | | | | | | | | | | OUI | NON |
| Franchise de       applicable au dommage matériel | | | | | |  | | | Dommage matériel – formule étendue | | | | | | | | | |  |  |
| * par réclamant | | | | | |  | |  | Frais de combat des incendies de forêt | | | | | | | | | |  |  |
| * par sinistre | | | | | |  | |  | Responsabilité des véhicules n’appartenant pas à l’assuré | | | | | | | | | |  |  |
| Sur la base d’évènement | | | | | |  | |  | Avenant automobile – Formule étendue | | | | | | | | | |  |  |
| Sur la base de la date de réclamation | | | | | |  | |  | FAQ/OEF/SEF 94 – Dommages à des véhicules loués | | | | | | | | | |  |  |
| * Date rétroactive : | | | | | |  | |  | * Franchise : | | | | | | | | | |  |  |
| Garantie mondiale | | | | | |  | |  | Bateaux n’appartenant pas à l’assuré | | | | | | | | | |  |  |
| Administration des avantages sociaux | | | | | |  | |  | Aéronefs n’appartenant pas à l’assuré | | | | | | | | | |  |  |
| * Montant global : | | | | | |  | |  | Responsabilité médicale indirecte | | | | | | | | | |  |  |
| * Franchise : | | | | | |  | |  | Responsabilité de garagiste | | | | | | | | | |  |  |
| Responsabilité d’entrepreneurs | | | | | |  | |  | Responsabilité de pollution | | | | | | | | | |  |  |
| Responsabilité contractuelle globale | | | | | |  | |  | Le proposant manipule-t-il des matériaux qui pourraient être polluants ? | | | | | | | | | |  |  |
| Produits et opérations complétées | | | | | |  | |  | Avenant d’opérations de sautage | | | | | | | | | |  |  |
| Responsabilité patronale éventuelle | | | | | |  | |  | Avenant d’exclusion des explosifs | | | | | | | | | |  |  |
| * Limite : | | | | | |  | |  | Responsabilité publicitaire | | | | | | | | | |  |  |
| Paiement volontaire des frais médicaux | | | | | |  | |  | Assurés additionnels – Vendeurs – Formule étendue | | | | | | | | | |  |  |
| * Par personne: | | | | | |  | |  | Responsabilité des fournisseurs d’alcool | | | | | | | | | |  |  |
| * Par accident: | | | | | |  | |  | Assurés additionnels - Bénévoles | | | | | | | | | |  |  |
| Employés comme assurés désignés | | | | | |  | |  | Clause de résiliation de       jours | | | | | | | | | |  |  |
| Responsabilité locative – Formule étendue | | | | | |  | |  | Autres avenants spéciaux | | | | | | | | | |  |  |
| * Limite : | | | | | |  | |  |  | | | | | | | | | |  |  |
| Préjudice personnel | | | | | |  | |  |  | | | | | | | | | |  |  |
| Recours entre coassurés | | | | | |  | |  |  | | | | | | | | | |  |  |
| Responsabilité d’ascenseur | | | | | |  | |  |  | | | | | | | | | |  |  |
| Collision d’ascenseur :       limite | | | | | |  | |  |  | | | | | | | | | |  |  |
| Dommage matériel sur base d’évènement | | | | | |  | |  |  | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SECTION 13 – LISTE D’ASSURANCE EN PREMIÈRE LIGNE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GARANTIE | | | ASSUREUR | | | | TERME DE LA POLICE | | | LIMITE | | | | | | PRIME | | | | |
| RESPONSABILITÉ CIVILE GÉNÉRALE | | |  | | | |  | | | $ | | | | | | $ | | | | |
| AUTOMOBILE | | |  | | | |  | | | $ | | | | | | $ | | | | |
| EST-CE QUE CES POLICES COUVRENT TOUTES LES CORPORATIONS ET LES FILIALES LISTÉES À L’ARTICLE 1 ? | | | | | | | | | | | | | | Oui | | | | Non | | |
| Si non, expliquez : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

La signature de la présente proposition n’engage ni le proposant ni l’assureur quant à la mise en vigueur de la police d’assurance. Par contre, il est entendu que toute information remise à ou demandée par l’assureur concernant la présente proposition sera considérée comme faisant partie de cette dernière. Les modalités, y compris les limites de garantie, offertes par l’assureur peuvent différer de ce que le proposant demande dans la présente proposition. De plus, il est entendu et convenu que, si une police d’assurance est émise, elle sera fondée sur l’information contenue dans la présente proposition ainsi que sur toute information remise à ou demandée par l’assureur en vertu de la présente proposition. L’acceptation par le proposant de la cotation de l’assureur est requise avant la mise en vigueur de l’assurance, de l’avis de garantie et de l’émission de la police.

Divulgation obligatoire et déclaration frauduleuse

En plus de l’information de base fournie en vue du placement de votre dossier d’assurance ainsi que de la présente proposition d’assurance, que vous aurez remplie, vous avez la responsabilité de vous conformer à votre devoir de divulgation de tout changement pertinent à l'évaluation du risque pendant la période d’assurance, y compris tout changement connu après avoir rempli la présente proposition, qui pourrait influencer l’assureur quant aux garanties accordées et à la prime. Veuillez noter que si vous ne divulguez pas toute telle information, l’assureur pourrait avoir le droit d’annuler la police en tout ou en partie, rétroactivement, à sa date de mise en vigueur, et ainsi faire en sorte que des réclamations ne soient pas couvertes.

Veuillez vous assurer que toute information que vous fournissez est exacte et complète à l’égard de la nature du risque, qu’elle soit à votre avantage ou non. Toute personne qui soumet une proposition d’assurance contenant de faux renseignements ou qui dissimule ou déclare faussement toute circonstance ou tout fait avec l’intention de tromper l’assureur commet un acte frauduleux.

Je déclare avoir lu et compris ce qui précède Initiales du proposant

**Déclaration et signature**

Le proposant certifie que les déclarations, les faits et les données fournis dans cette proposition sont exacts et complets, et qu’aucune information n’a été cachée ou rapportée inexactement.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date: |  | Titre: |  |
| Nom: |  | Signature: |  |