



PROPOSITION D'ASSURANCE DES OPÉRATIONS DE SAUTAGE CONTRAT SPÉCIFIQUE SEULEMENT

**VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS, EN INSCRIVANT
« SANS OBJET » SI LA QUESTION N'EST PAS PERTINENTE.
EN CAS D'ESPACE INSUFFISANT, RÉPONDEZ SUR DES FEUILLES DISTINCTES.**

1. **Nom du proposant:** _____

2. **Adresse postale :** _____

Site Web : _____

3. Entrepreneur général pour ce travail : _____

4. Le proposant possède-t-il une assurance de la Responsabilité Civile ? Oui Non

Assureur : _____ Montants : _____

Pourquoi l'assureur ne veut-il pas couvrir ce travail ?

5. Nom du maître d'ouvrage pour lequel les opérations de sautage doivent être réalisées : _____

6. Lieu des opérations de sautage : _____

7. Valeur approximative du contrat : _____

8. Date approximative du début des travaux : _____ Durée des travaux : _____

9. Des contrôles sismographiques ou des études préalables seront-ils effectués ?

10. Description complète des travaux à effectuer :

11. Type d'explosif qui sera utilisé et quantité maximale (poids) : _____

Des registres seront-ils tenus ?

Oui Non

12. Nom(s) et années d'expérience du ou des boutefeux :

Les salariés sont-ils tous couverts par la CSST ou la CSPAA ?

Oui Non

Si non, indiquez combien ne le sont pas, par poste, ainsi que les salaires approximatifs :

Description du poste	Paie
_____	_____
_____	_____
_____	_____

13. Nature des travaux effectués par des sous-traitants pour le Proposant :

Nature des travaux effectués par des sous-traitants pour le Proposant :
Si non, expliquez pourquoi :

Oui Non

Si oui, quel montant de garantie doivent-ils avoir ? _____

Le proposant assume-t-il la responsabilité de tiers par contrat ?
Si oui, précisez et annexe les copies des contrats.

Oui Non

14. Type de terrain : _____

Type de roche (risque d'éboulement, d'avalanches, d'effondrement, etc.) :

Métrage approximatif : _____

15. Y a-t-il des conduits ou lignes de branchement aériennes ou souterraines dans un rayon de 200 pieds du lieu du sautage ?
Précisez en donnant les distances :

16. Y a-t-il des bâtiments dans un rayon de 200 pieds du lieu du sautage ? Oui Non
Si oui, **annexez un diagramme** montrant les distances et donnez les précisions suivantes :

Affectation, état, âge et valeur des bâtiments voisins :

Les fondations reposent-elles sur le roc qui sera soumis au sautage ? Oui Non

Indiquez les défauts actuel de ces bâtiments (*ou annexez une copie de l'étude préalable*) :

17. Y a-t-il d'autres infrastructures publiques ou privées (barrage, égouts, conduites d'eau ou de gaz, puits, etc.) dans un rayon de 200 pieds du lieu du sautage ? Oui Non
Précisez en donnant les distances :

18. Faudra-t-il faire du nivellement ou du transport ? Oui Non
Si oui, précisez :

19. Mesures de sécurité :

- a) Blocage routier : _____
- b) Pare-éclats ou rondins : _____
- c) Panneaux d'avertissement : _____
- d) Autres précautions : _____

20. Stockage et transport :

- a) Comment les explosifs sont-ils stockés ? _____
- b) Comment sont-ils transportés ? _____

Les détonateurs et les explosifs sont-ils transportés séparément (Qu'ils soient couverts par l'assurance ou non?) Oui Non

21. Observations générales (risques particuliers ou problèmes appréhendés) :

22. Sinistres antérieurs :

Indiquez le coût total (au premier dollar) de chaque réclamation (couverte ou non), y compris les frais de défense et la franchise. Incluez les sinistres des sociétés qui ont été absorbées par la vôtre ou qui ont fusionné avec elle.

Date du sinistre	Nature du sinistre et dommages corporels ou matériels	MONTANT				État
		Provision	Payé	Frais	Franchise	

À votre connaissance, y a-t-il d'autres événements susceptibles d'entraîner des réclamations contre vous ? Oui Non

Si oui, précisez : _____

23. **Assurance automobile des non-proprétaires**

Nombre de salariés qui se servent de leur véhicule pour les affaires de la Compagnie :

Régulièrement : _____ Occasionnellement : _____

Estimation des coûts annuels des véhicules loués : _____

Estimation des coûts annuels des véhicules utilisés en vertu de contrats : _____

24. **Prévention des accidents et premiers soins**

Premiers soins Médecins : _____ Temps plein : _____ Temps partiel : _____
Infirmières : _____ Temps plein : _____ Temps partiel : _____

Alarmes d'incendie – Autres systèmes d'alarme : _____

Y a-t-il un responsable de la sécurité ou un préventionniste qui travaille pour vous ? Oui Non

Quelles sont les mesures de sécurité/consignes d'urgence en cas d'accident ? **Annexez-en un résumé.**

25. Montant(s) de garantie demandé(s) : _____

LE SOUSSIGNÉ DÉCLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS LA PROPOSITION SONT CONFORMES À LA VÉRITÉ.

JE VOUS AUTORISE À RECUEILLIR, UTILISER ET COMMUNIQUER, DANS LA MESURE PERMISE PAR LA LOI ET DANS LE CADRE DE VOTRE CONTRAT D'ASSURANCE DES ENTREPRISES OU DE SON RENOUVELLEMENT, SA PROLONGATION OU SA MODIFICATION, LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS NÉCESSAIRES POUR ÉVALUER LE RISQUE, ENQUÊTER SUR LES SINISTRES, RÉGLER LES RÉCLAMATIONS ET PRÉVENIR OU DÉTECTER LA FRAUDE, NOTAMMENT LES RENSEIGNEMENTS SUR LA SOLVABILITÉ ET LES SINISTRES ANTÉRIEURS.

Aux fins de la loi sur les sociétés d'assurance (Canada), ce document a été établi dans le cadre des activités d'assurance au Canada des Souscripteurs du Lloyds.

Signature du Proposant (représentant autorisé)

Date

ENVOYÉ PAR : _____

COURRIEL : _____

Pour la liste des personnes-ressources, visitez le site :

www.markelinternational.ca