



PROPOSITION D'ASSURANCE DES SERVICES DE GARDE D'ENFANTS

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. **Raison sociale du proposant**
(et de toutes ses filiales) :

2. **Adresse postale :**

Site Web :

3. Depuis combien de temps le Proposant exerce-t-il ses activités sous la raison sociale ci-dessus ?

4. Possède-t-il actuellement un permis d'un organisme d'État ?
Si non, expliquez :

Oui Non

5. Veuillez remplir ce qui suit :

| GROUPE D'ÂGE | N^{bre} D'ENFANTS INSCRITS | N^{bre} DE PRÉPOSÉS |
|--|---|------------------------------------|
| Bébés (jusqu'à 18 mois) | | |
| Tout-petits (de 18 mois à 3 ans) | | |
| Enfants d'âge préscolaire (de 3 à 5 ans) | | |
| Élèves de niveau primaire (de 5 à 8 ans) | | |
| Élèves plus âgés (9 ans et plus) | | |
| TOTAL | | |

6. Les enfants sont-ils séparés par groupe d'âge ?
Si non, expliquez :

Oui Non

7. Recettes totales : _____ Masse salariale : _____

8. N^{bre} de superviseurs : _____ N^{bre} d'autres salariés : _____ N^{bre} bénévoles : _____

9. Donnez la liste des salariés, avec les groupes d'âge dont ils s'occupent et leurs qualifications :

| SALARIÉS | GROUPE D'ÂGE DES ENFANTS À LEUR CHARGE | QUALIFICATIONS (p. ex. Techniques d'éducation à l'enfance, premiers soins, réanimation, etc.) |
|-----------------|---|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Une formation est-elle donnée en premiers soins, réanimation cardio-respiratoire ou l'équivalent ? Oui Non
Si oui, précisez : _____

Les salariés sont-ils tous couverts par la CSST ou la CSPAAT ? Oui Non
Si non, indiquez combien ne le sont pas, par poste, ainsi que les salaires approximatifs :

| Description du poste | Paie |
|-----------------------------|-------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Masse salariale : _____ Nbre de salariés : _____

10. **Entrepreneurs indépendants** (donnez une estimation du coût des travaux qui leur sont confiés);

a) Réparation et entretien des lieux et du matériel : _____

b) Transport d'enfants : _____

c) Autres – précisez : _____

Exigez-vous une preuve d'assurance de la Responsabilité Civile de tous les entrepreneurs et sous-traitants ? Yes No

Si oui, montant exigé : _____

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

Oui Non

12. Jours et heures d'ouverture :

13. Quel est le programme d'entretien du matériel de jeu extérieur / intérieur ?

14. Décrivez les installations et les éléments spéciaux (terrain de jeu, piscine, animaux, etc.) :

15. Les lieux sont-ils entièrement clôturés ou autrement enfermés ?
Précisez :

Sont-ils constamment surveillés par un membre du personnel ?
Si non, expliquez :

Oui Non

16. Des activités hors des lieux sont-elles planifiées (p. ex. sorties éducatives, parc local, piscine, etc.) ?
Si oui, précisez :

Oui Non

Si oui, précisez aussi le mode de transport et de surveillance :

17. Quelles règles sont appliqués lorsqu'on amène ou vient chercher les enfants, surtout si les parents tardent ou ne peuvent venir les chercher ? (Exigez-vous par exemple, un mot du père ou de la mère ou une pièce d'identité ?)

18. Quelle est la politique concernant les maladies, notamment les maladies transmissibles ?

19. Quelles précautions sont prises pour la manipulation d'articles potentiellement dangereux (peintures, fournitures de nettoyage, médicaments conservés sur place, etc.) ?

20. Faites-vous remplir un questionnaire médical sur les allergies ou maladies des enfants ? Oui Non

(i) Si oui, obtenez-vous des directives écrites des parents et les médicaments sont-ils administrés, au besoin, conformément aux directives ? Oui Non

(ii) Si oui, le nom du médicament, l'heure de son administration et le nom de la personne qui l'a administré sont-ils consignés dans un registre ? Oui Non

21. Quelles sont les consignes d'urgence si un enfant tombe malade ou se blesse à l'école ou lors d'une excursion ?

22. Quelles sont les consignes de sécurité en place en cas d'incendie ?

Les lieux répondent-ils à toutes les exigences du service d'incendie ? Oui Non

Où les extincteurs sont-ils gardés ? _____

Font-ils l'objet d'un contrat d'entretien ? Oui Non

23. Le Proposant est-il assuré actuellement ? Oui Non

Si oui, nom de l'assureur ? _____

Prime : _____ Montant : _____

L'assurance est-elle basée sur la date des réclamations ? Oui Non

Si oui, date limite de rétroactivité : _____

L'assureur est-il disposé à renouveler le contrat ?

Oui Non

Si non, expliquez pourquoi : _____

L'assurance couvre-t-elle toutes les activités du Proposant ?

Oui Non

Si non, précisez : _____

24. **Sinistres antérieurs :**

Indiquez le coût total (au premier dollar) de chaque réclamation, 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 des 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 : _____

25. **Automobiles des non-propriétaires**

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

Régulièrement _____

Occasionnellement _____

Estimation des coûts annuels :

des véhicules loués _____

des véhicules utilisés en vertu de contrats _____

(Précisez) :

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

VEUILLEZ ANNEXER LES DOCUMENTS SUIVANTS À LA PROPOSITION :

- **EXEMPLAIRE DU CONTRAT ET / OU DU FORMULAIRE D'INSCRIPTION SIGNÉ(S) PAR LES PARENTS OU LE TUTEUR**
- **EXEMPLAIRE DU FORMULAIRE D'INSCRIPTION MÉDICALE**
- **EXEMPLAIRE DE LA DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ ACTUELLEMENT UTILISÉE**

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