



PROPOSITION D'ASSURANCE DES ENTREPRENEURS

**VEUILLEZ S'IL VOUS PLAÎT RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS
SI LES QUESTIONS NE S'APPLIQUENT PAS VEUILLEZ INDIQUER N/A
SI L'ESPACE EST INSUFFISANT VEUILLEZ AJOUTER DES FEUILLES SUPPLÉMENTAIRES**

1. **Nom du proposant :** _____

2. **Adresse postale :** _____

_____ **Site Web :** _____

3. Description **COMPLÈTE** des activités du Proposant :

4. Depuis quand le Proposant exerce-t-il ses activités ? _____

Expérience du Proposant dans ce domaine : _____

5. Recettes totales tirées de toutes les activités : _____

a) Travaux effectués pour des clients sur vos lieux : _____

b) Travaux effectués hors de vos lieux : _____

c) Travaux effectués hors du Canada : _____

d) Autres activités (*p. ex. vente de marchandises ou pièces - précisez*) _____

_____ Total : _____

Coût des travaux en sous-traitance compris dans le montant ci-dessus : _____

6. Pourcentage des activités suivantes, le cas échéant :

Démolition : _____ %
Reprise en sous-œuvre : _____ %
Excavation : _____ %
Exploitation forestière : _____ %

Soudage hors des lieux : _____ %
Sautage : _____ %
Battage de pieux : _____ %

7. 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

Description du poste	Paie
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Masse salariale : _____

Nbre de salariés : _____

8. Étendue territorial des activités :

Taille moyenne des travaux entrepris par le Proposant :

Travail le plus important entrepris par le Proposant :

9. Veuillez confirmer que toutes les activités sont exercées conformément aux normes de l'industrie :

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

11. Une preuve d'assurance de la Responsabilité Civile est-elle exigée de tous les sous-traitants? Oui Non
Si non, précisez :

Si oui, quel est le montant de garantie demandé ? _____

12. a) Si le Proposant fait appel à des conseillers dans le cadre de ses activités, précisez la nature de leur travail

- b) Le Proposant fait-il du travail de conception ? Oui Non

- c) Qualifications du personnel chargé de la conception :

- d) Les concepteurs/conseillers ont-ils une assurance de la RC professionnelle ? Oui Non

13. Énumérez les cours, séminaires, etc., suivis par les dirigeants et les contremaitres :

14. Quelles instructions sont données aux nouveaux salariés ?

15. Si le Proposant fait appel à des conseillers dans le cadre de ses activités, précisez la nature de leur travail :

16. Nature des contrats (autres que les baux immobiliers, traités d'embranchement ferroviaire et conventions relatives à des servitudes) par lesquels vous assumez la responsabilité de tiers :

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

Si oui, nom de l'assureur ? _____

Prime : _____ Montant de garantie : _____

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 : _____

18. **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 : _____

19. **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) :

20. **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

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

LE SOUSSIGNÉ RECONNAÎT LA VÉRACITÉ DES DÉCLARATIONS CONTENUES DANS CE DOCUMENT.

JE VOUS AUTORISE À RECUEILLIR, UTILISER ET DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DANS LA MESURE PERMISE PAR LA LOI DANS LE CADRE DE VOTRE POLICE D'ASSURANCE COMMERCIALE OU D'UN RENOUVELLEMENT, D'EXTENSION OU DE MODIFICATION DE CELUI-CI AUX FINS NÉCESSAIRES POUR ÉVALUER LES RISQUES, D'ENQUÊTER ET DE RÉGLER LES DEMANDES D'INDEMNISATION ET DÉTECTER ET PRÉVENIR LA FRAUDE, TELLES QUE LES INFORMATIONS DE CRÉDIT ET LES ANTÉCÉDENTS DE SINISTRES.

Aux fins de la Loi sur les sociétés d'assurance, ce document a été établi dans le cadre des activités d'assurance de Le Souscripteur de Lloyd's au Canada.

Signature du demandeur (représentant autorisé)

Date

ENVOYÉ PAR : _____

COURRIEL : _____

Pour plus d'informations veuillez visiter :
www.markelinternational.ca