



PROPOSITION D'ASSURANCE DES ENTREPRENEURS EN ÉLIMINATION DE LA MOISSURE

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. **Nature des activités :** _____

4. Voulez-vous que le contrat demandé couvre toutes les activités ? Oui Non

Si non, indiquez à l'assureur les activités qui doivent être exclues.

Assureur : _____

Période d'assurance : du : _____ au : _____ Police n° : _____

Montant de garantie : _____

SAUF INDICATION CONTRAIRE, NOTRE ASSURANCE SE LIMITERA AUX ACTIVITÉS DÉFINIES.

5. Répartition des recettes :

a) Élimination proprement dite de la moisissure : _____

b) Travaux en sous-traitance : _____

c) Transport : _____

d) Enlèvement de l'amiante (remplir la proposition spéciale) : _____

Total: _____

6. Masse salariale : _____ \$ N^o de salariés : _____

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
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

7. Décrivez les travaux effectués par des sous-traitants pour le Proposant :

8. a) Une preuve d'assurance de la Responsabilité Civile est-elle exigée de tous les sous-traitants ? Oui Non

b) Quel est le montant de garantie demandé ? _____ \$

c) Le Proposant sensibilise-t-il les sous-traitants à la prévention microbienne ? Oui Non

9. Protocoles suivis en matière d'élimination de la moisissure :

10. a) Cours suivis par le personnel sur l'élimination de la moisissure (Annexer le certificat) :

b) Énumérez les cours, séminaires, etc., suivis par les dirigeants et les contremaîtres :

11. Confirmez s'il y a des contrôles de la qualité de l'air sur tous les chantiers et indiquez la durée de conservation des dossiers :

12. a) 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 :

- b) Les contrats du Proposant comportent-ils des avis d'exonération ou de limitation de responsabilité relativement à la présence de moisissure ?

Joignez-en un exemplaire :

- c) Le Proposant fait-il remplir des questionnaires de santé aux clients avant d'entreprendre des travaux d'élimination de la moisissure ?

Joignez-en un exemplaire :

13. D'autres conseillers interviennent-ils à un moment ou l'autre des travaux d'élimination de la moisissure ? Oui Non

14. Un hygiéniste industriel fait-il partie du personnel ? Oui Non

15. Depuis combien de temps le Proposant exerce-t-il ses activités ? _____

16. Taille moyenne des travaux entrepris par le Proposant :

Travail le plus important entrepris par le Proposant :

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

Si oui, nom de l'assureur : _____ Prime : _____

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

Si oui, date limite de rétroactivité : _____

18. L'assureur est-il disposé à renouveler le contrat ? Oui Non

Si non, expliquez pourquoi : _____

19. L'assurance couvre-t-elle toutes les activités du Proposant ? Oui Non

Si non, précisez : _____

20. **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 : _____

21. **Automobiles 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 _____ des véhicules utilisés en vertu de contrats _____

22. **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

23. 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**