



ÉPANDAGE DE PESTICIDES OU D'HERBICIDES

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. **Non du proposant :** _____

_____ Nombre d'années d'exploitation : _____

2. **Adresse postale :** _____

_____ **Site Web :** _____

3. Description complète des activités du Proposant : _____

Quelle catégorie de permis le Proposant possède-t-il ? _____

4. a) Donnez le pourcentage des activités d'épandage suivantes, le cas échéant :

Pulvérisation agricole :	_____ %	Intérieur / Constructions (Extermination / Fumigation) :	_____ %
Pelouses / Jardins :	_____ %	Routes / Abords des routes :	_____ %
Autres :	_____ %	Infrastructure de voies ferrées :	_____ %

Précisez : _____

b) Le produit chimique « Prelude » est-il utilisé dans les activités d'épandage ? Oui Non

Si oui, pourcentage des recettes lié à l'utilisation de ce produit : _____ %

5. Salaires / Effectif (estimation annuelle) **Nombre** **Salaires**

a) Employés de bureau et vendeurs : _____

b) Personnel de service / Épandeurs : _____

c) Les salariés sont-ils tous couverts par la CSST ou la CSPAAT ?

Oui Non

6. Répartition des recettes brutes entre les diverses activités :

a) Pulvérisation agricole :

b) Extermination à l'intérieur / dans les constructions :

Fumigation :

c) Pulvérisation sur les pelouses / dans les jardins :

d) Pulvérisation sur les routes / aux abords des routes :

e) Ventes de pesticides ou d'autres produits (précisez) :

f) Pulvérisation sur l'infrastructure des voies ferrées :

g) Autres :

Précisez :

7. Total des recettes brutes :

8. a) Nature des travaux effectués par des sous-traitants pour le compte du Proposant :

b) Pourcentage des recettes allant aux sous-traitants :

_____ %

9. Une preuve d'assurance de la Responsabilité Civile est-elle exigée de tous les sous-traitants ?

Oui Non

10. a) Confirmez si toutes les opérations se font conformément aux règlements provinciaux sur les pesticides :

Oui Non

b) Ceux qui manipulent ou épandent des produits chimiques possèdent-ils tous les permis voulus ?

Oui Non

Si non, précisez :

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

12. Quelle formation reçoivent les nouveaux venus ?

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

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

Expérience du Proposant dans ce domaine :

15. Taille moyenne des travaux exécutés par le Proposant :

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, couverte ou non. 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-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 _____

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