



## QUESTIONNAIRE DE RENOUVELLEMENT

**VEUILLEZ RÉPONDRE A 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 :**  
(et de toutes les filiales) \_\_\_\_\_

2. Votre **adresse postale** a-t-elle changé depuis l'an dernier ?  Oui  Non  
Si oui, nouvelle adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Site Web : \_\_\_\_\_

3. Avez-vous connaissance d'événements ou de sinistres susceptibles d'entraîner une réclamation contre vous ?  Oui  Non  
Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

4. Précisions sur tous locaux nouvellement acquis ou occupés :  
Donnez l'adresse du bâtiment, en indiquant si l'assuré en est propriétaire ou locataire, la superficie qu'il occupe et celle occupée par des tiers (si le bâtiment appartient à l'assuré).

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

5. **Nature des activités :** Y a-t-il eu des changements dans les activités ou les risques ?  Oui  Non  
Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

6. **Salaires annuels :** \_\_\_\_\_

Nombre de 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 :

---

---

7. Recettes brutes par activités ou produit (estimation totale des recettes annuelles, y compris le coût de la main-d'œuvre et des matériaux, pour la prochaine année d'assurance) :

| TYPE D'ACTIVITÉ/DE PRODUIT | RECETTES TOTALES |                |          |
|----------------------------|------------------|----------------|----------|
|                            | AU CANADA        | AUX ÉTATS-UNIS | AILLEURS |
|                            |                  |                |          |
|                            |                  |                |          |
|                            |                  |                |          |

Précisez la nature et la valeur des travaux donnés en sous-traitance et si les sous-traitants sont tenus de fournir une preuve d'assurance de la Responsabilité Civile.

---

---

8. Recettes effectives de l'année d'assurance venant à expiration :

| TYPE D'ACTIVITÉ/DE PRODUIT | RECETTES TOTALES |                |           |
|----------------------------|------------------|----------------|-----------|
|                            | AU CANADA        | AUX ÉTATS-UNIS | AU CANADA |
|                            |                  |                |           |
|                            |                  |                |           |
|                            |                  |                |           |

9. Donnez des précisions sur les assurés à ajouter au contrat (nom, adresse postale et lien avec l'assuré) :

---

---

**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](http://www.markelinternational.ca)**