



PROPOSITION D'ASSURANCE DE LA RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE DES COURTIER D'ASSURANCE

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.

Nouvelle proposition Proposition de renouvellement

S'il s'agit d'un renouvellement, veuillez indiquer le numéro de la police antérieure : _____

Date d'expiration : _____

1. **Nom du proposant (si plus d'un nom, indiquez le proposant principal seulement et inscrire les proposants additionnels ci-dessous) :**

Proposants additionnels (qui devront être assurés désignés) :

<u>Nom</u>	Détient un certificat émis par l'Autorité des Marchés Financiers ?		<u>Activités</u>
	Oui	Non	
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

2. Adresse (siège social) :

Date de fondation : Mois _____ Année _____

Téléphone # : _____ Fax # : _____

Adresse site web : _____ Adresse courriel : _____

Location(s) des succursales (ville) : _____

3. Est-ce que le nom de la société de courtage, son ou ses propriétaires ou ses dirigeants ont changé, ou bien est-ce qu'une autre entreprise est venue s'y ajouter à la suite d'un rachat, d'une fusion ou d'un regroupement, incluant l'achat des affaires d'un autre courtier, au cours des cinq dernières années ? Oui Non
Si oui, veuillez préciser votre réponse en indiquant le revenu brut généré par ces autres affaires :

4. La société de courtage est-elle engagée dans d'autres activités commerciales ? Oui Non
Si oui, veuillez préciser :

5. Est-ce que la société de courtage appartient ou est associée à une autre entreprise ou encore est-elle contrôlée par une autre entreprise ? Oui Non
Si oui, veuillez donner le nom, le pourcentage de propriété, la description de l'entreprise mère ou de l'entité détenant une participation majoritaire et préciser la nature et le volume des assurances générées par cette autre entreprise associée ou propriétaire :

6. a) Total des primes brutes Biens et Accidents émises par année ? _____
b) Total des commissions Vie, Accidents et Maladie reçues par année ? _____

7. Quel pourcentage des REVENUS TOTAUX provient :
- | | |
|---|---------|
| de l'assurance | _____ % |
| du règlement de sinistres à titre onéreux | _____ % |
| d'activités de financement de primes : | |
| pour les clients de la société de courtage | _____ % |
| pour d'autres | _____ % |
| d'activités de consultation à titre onéreux | _____ % |
| d'activités de gestion pour le compte de tiers : | |
| Régimes d'avantages sociaux / Régimes de retraite | _____ % |
| d'autres sources (Veuillez préciser) _____ | _____ % |

100%

8. Veuillez donner approximativement en pourcentages la composition du volume total de primes :

% d'affaires placées en tant que société de courtage (avec autorisation de lier)	% d'affaires placées en tant qu'agent general délégué* (avec autorisation de lier)
% d'affaires placées en tant que société de courtage (sans autorisation de lier)	% d'affaires placées en tant qu'agent general délégué* (sans autorisation de lier)

100 % = TOTAL

*(Agent général délégué / AGD – **Intermédiaire d'assurance autorisé** à apprécier les **risques d'assurance**, à lier à partir de propositions et à établir des contrats en vertu de larges pouvoirs qui lui sont consentis par une compagnie d'assurance.)

9. Veuillez donner approximativement en pourcentages la composition du volume de primes total :

Affaires traitées ou prises en charge provenant (100% = TOTAL) :

% Directement d'assurés	% D'autres courtiers
--------------------------------	-----------------------------

10. Veuillez donner approximativement en pourcentages la composition du volume de primes Biens & Accidents total. (100% = TOTAL) :

% Assurances des particuliers	% Assurances des entreprises
-------------------------------	------------------------------

11. Veuillez donner approximativement en pourcentages, la répartition du volume de primes Biens & Accidents total :

Classes d'affaires :

Mortalité animale	%
Automobile :	
Camionnage longs parcours (rayon de 50 miles et plus)	%
Véhicules utilitaires (tous les autres)	%
Automobiles de particuliers	%
Aviation	%
Cautionnements :	
Sûreté / exécution de contrat	%
Autres cautionnements	%
Assurances récoltes	%
Biens / Accidents	%
Risques divers	%
Responsabilité civile professionnelle	%

Assurance maritime :

Exploitation commerciale _____ %

Plaisance _____ %

Autre(s) (Veuillez préciser) _____ %

TOTAL 100%

12. Est-ce que la société de courtage est associée avec une société de liaison (Cluster) ou une société de ce type ? Oui Non
Si oui, veuillez préciser :

13. Est-ce qu'un des membres de la société de courtage siège à un conseil d'administration ou à un comité de gestion d'une compagnie dont l'une des activités est reliée à l'assurance ? Oui Non
Si oui, veuillez préciser :

14. Veuillez donner la liste des compagnies d'assurance qui ensemble comptent pour **100%** de votre **volume de primes total** et veuillez indiquer si vous êtes **autorisé à lier**. Veuillez inclure toutes les compagnies d'assurance utilisées via un intermédiaire. (Il ne suffit pas d'indiquer seulement le nom de l'intermédiaire.)

Compagnie	%	Autorisé à lier (Oui/Non)	Accès direct (oui/non) (Si non, indiquez l'intermédiaire)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

15. Veuillez donner la liste des compagnies d'assurance non munies d'un permis ou non agréées avec lesquelles vous placez des affaires.

Compagnie	%	Autorisé à lier (Oui/Non)	Accès direct (oui/non) (Si non, indiquez l'intermédiaire)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

16. Veuillez donner la liste des assureurs de la responsabilité civile professionnelle de la société de courtage au cours des trois dernières années. S'il n'en existe aucun, veuillez indiquer « aucun ».

Assureur	Numéro de police	Montant de garantie	Dates d'effet et d'expiration	Prime exigée (facultatif)

17. Si la société de courtage n'a pas été assurée au titre de la responsabilité civile professionnelle au cours des trois (3) dernières années ou s'il y a eu un trou entre les couvertures, veuillez en donner les raisons par écrit.

18. Veuillez donner les informations demandées à l'égard de tous **les salariés** de la société de courtage. Un poste comprenant au moins 20 heures est considéré comme un emploi à temps plein.

a) Propriétaires, associés, administrateurs, dirigeants

Nom	Cocher si autorisés à exercer	Désignation Professionnelle	Fonction	Temps plein	Temps partiel
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Producteurs autorisés à exercer qui sont des salariés de la société de courtage

Nom	Cocher si autorisés à exercer	Désignation Professionnelle	Fonction	Temps plein	Temps partiel
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Tous les autres salariés incluant les propriétaires non autorisés à exercer qu'ils soient propriétaires, associés, administrateurs ou dirigeants

Nom	Cocher si autorisés à exercer	Désignation Professionnelle	Fonction	Temps plein	Temps partiel
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) Garantie facultative : les producteurs, les courtiers internes qui ne sont pas des salariés de la société de courtage et qui devraient être inclus comme assurés supplémentaires	Nom	Cocher si autorisés à exercer	Désignation Professionnelle	Fonction	Temps plein	Temps partiel
	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOMBRE TOTAL DE COLLABORATEURS DEVANT ETRE DÉSIGNÉS
 COMME ASSURÉS (a + b + c + d) : _____

e) S'il y a plus d'une succursale, veuillez indiquer le nombre total de membres du personnel à chaque situation.

Situation #1: _____ #2: _____ #3: _____ (Nombre total de tout le personnel à inclure.)

S'il y a plus de situations, veuillez joindre une feuille séparée contenant les informations concernant les membres du personnel pour chacune d'elles

NOMBRE TOTAL DE MEMBRES DU PERSONNEL : _____

f) Parmi les personnes indiquées aux articles a) à e) ci-dessus, est-ce qu'il y en a qui travaillent Oui Non pour d'autres cabinets ou pour elles-mêmes ?
 Si oui, veuillez préciser :

19. Est-ce que certains de vos salariés ont participé à un séminaire sur la prévention des fautes professionnelles au cours des 24 derniers mois ? Oui Non
 Si oui, veuillez donner des détails quant à la date, au nombre de salariés qui y ont participé et au commanditaire du programme :

20. Veuillez décrire en détail les sessions ou les cours de formation reçus ou suivis :

21. Veuillez décrire le programme de formation de la société de courtage qui est donné aux nouveaux salariés :

22. Est-ce que chacune des pièces du courrier entrant est estampillée de la date ? Oui Non

23. Est-ce que les notes de couverture accordées verbalement sont confirmées par écrit ? Oui Non

24. Est-ce que des copies des **notes de couverture sont envoyées à la fois à l'assuré et à la compagnie d'assurance dans les trois (3) jours ?** Oui Non

25. Existe-t-il une procédure pour documenter les conversations téléphoniques importantes ? Oui Non

26. Existe-t-il une liste des polices venant à échéance ? Oui Non

27. Est-ce que toutes les polices et tous les avenants sont vérifiés quant à leur exactitude **avant d'être** postés ? Oui Non

28. Veuillez décrire les niveaux d'automatisation de la société de courtage :

29. Est-ce que le **Proposant** possède un système d'agenda, de suivi ou de rappel ? Oui Non
Si oui, veuillez préciser :

30. Le proposant a-t-il un manuel officiel de formation / de conformité et une personne a-t-elle été chargée de tenir ce manuel à jour? Oui Non
Si non, précisez :

31. Le **Proposant** a-t-il rédigé des procédures énonçant la marche à suivre pour le traitement des plaintes et la déclaration des réclamations et de leurs circonstances aux assureurs de la responsabilité civile professionnelle et ces procédures sont-elles communiquées à tous les membres du personnel? Si oui, qui est responsable de ces procédures?
Si non, précisez :

Oui Non

32. Le **Proposant** a-t-il mis en place **des procédures d'examen des dossiers pour les affaires qui, à son avis, présentent des risques élevés ou ne sont pas standard?**
Si non, précisez :

Oui Non

33. Le **Proposant** conserve-t-il dans chaque dossier des renseignements suffisants sur les raisons pour lesquelles une certaine assurance ou démarche a été recommandée comme la mieux adaptée aux besoins du client?
Si non, précisez :

Oui Non

34. Une lettre résumant les raisons pour lesquelles une assurance ou une démarche donnée a été recommandée est-**elle envoyée d'office à tous les clients?**
Si non, précisez :

Oui Non

35. Le **Proposant** a-t-il établi un plan officiel de reprise après sinistre? (ex : feu qui détruit le bureau)
Si non, précisez :

Oui Non

36. Le **Proposant** fait-il chaque jour des copies de sauvegarde de toutes les données électroniques et ces copies sont-elles conservés hors des lieux?
Si non, précisez :

Oui Non

37. Si le **Proposant** a déclaré des réclamations ou des circonstances aux assureurs, quelles mesures a-t-il **prises pour l'examen et l'amélioration des procédures internes après la déclaration?** Donnez toutes précisions utiles :

38. Le **Proposant** recourt-il à des assureurs qui ne sont pas notés par Best ou dont la note est inférieure à « B »? Oui Non
Si oui, précisez :

39. En cas de réponse affirmative à la question 38, le **proposant** informe-t-il les clients de **l'absence de notation ou de l'existence d'une note inférieure à « B »?** Oui Non
Si non, précisez :

40. En cas de réponse affirmative à la question 38, le **proposant** examine-t-il avec soin la **solidité financière de l'assureur?** Oui Non
Si non, précisez :

41. Placez-vous des risques (directement ou par un intermédiaire ou un grossiste) auprès **d'assureurs non agréés** ? Oui Non

42. Comment vérifiez-vous la **solidité financière** des assureurs auxquels vous recourez (directement ou par un intermédiaire ou un grossiste) ?

43. Le **Proposant** a-t-il déjà eu une assurance de la Responsabilité Civile professionnelle ? Oui Non

i) **Si oui, nom de l'assureur :**

ii) **L'assurance était-elle** basée sur la survenance des dommages ou la date des réclamations :

Survenance des dommages

Date des réclamations

iii) **Si l'assurance actuelle est basée sur la date des réclamations, indiquez la date limite** de rétroactivité ?

iv) Montant de garantie actuel ?

\$

v) Franchise actuelle ?

\$

vi) Le Proposant a-t-il déjà eu une assurance de la Responsabilité Civile professionnelle ?

Oui

Non

vii) Si non, indiquez pourquoi :-

44. a) Le Proposant est-il conscient de réclamations qui auraient été faites contre le proposant, toute entreprise antérieure ou tout associé ou dirigeant, ancien ou actuel ?

Oui

Non

b) Le Proposant est-il conscient de quelconque acte, erreur, omission ou circonstance qui puisse entraîner des réclamations contre le proposant, toute entreprise antérieure ou quelconque de ses associés ou dirigeants, anciens ou actuels ?

Oui

Non

SI LA RÉPONSE À LA QUESTION 44 a) OU 44 b) EST OUI, VEUILLEZ COMPLÉTER LE FORMULAIRE D'HISTORIQUE DES RÉCLAMATIONS CI-JOINT.

NOTE : LA POLICE NE COUVRE AUCUNE RÉCLAMATION OU CIRCONSTANCE DÉCRITE À LA QUESTION 44 a) OU 44 b), NI ERREUR, OMISSION OU CIRCONSTANCE QUI PUISSE ENTRAÎNER UNE RÉCLAMATION CONNUE PAR LE PROPOSANT AVANT LA DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA POLICE.

45. **Le permis d'un associé, d'un dirigeant, d'un administrateur, ou d'un employé** professionnel aurait-il été retiré provisoirement; ces personnes auraient-elles fait l'objet de sanctions ou de reproches au cours des cinq dernières années ?

Oui

Non

Si oui, veuillez joindre les détails.

46. **D'après le Proposant, une entreprise aurait-elle refusé d'assurer ou aurait-elle mis fin à l'assurance du proposant, d'un associé ou d'un dirigeant ou d'un prédécesseur de l'entreprise, ou même d'associés ou de dirigeants antérieurs ?**

Oui

Non

Si oui, veuillez inscrire les détails :

47. Veuillez inscrire les noms d'associations professionnelles dont le proposant est membre :

48. À quelle date prend fin votre exercice financier ? _____

49. Assurance requise :

LIMITES :

500,000 / 1,000,000 \$	<input type="checkbox"/>
1,000,000 / 1,000,000 \$	<input type="checkbox"/>
1,000,000 / 2,000,000 \$	<input type="checkbox"/>
2,000,000 / 2,000,000 \$	<input type="checkbox"/>
5,000,000 / 5,000,000 \$	<input type="checkbox"/>

FRANCHISES :

2,500 \$	<input type="checkbox"/>
5,000 \$	<input type="checkbox"/>
10,000 \$	<input type="checkbox"/>
25,000 \$	<input type="checkbox"/>

Autre : _____

Autre : _____

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'assurances (Canada), ce document a été établi dans le cadre des activités d'assurance au Canada des Souscripteurs du Lloyd's.

Signature du Proposant (Représentant Autorisé)

Date

ENVOYÉ PAR :

EMAIL:

Pour la liste des personnes ressources, visitez :

www.markelinternational.ca

HISTORIQUE DES RÉCLAMATIONS

Nom du Proposant : _____ Date: _____

Réclamant : _____

L'assureur du réclamant, numéro de police, période et catégorie de couverture :

Date de la réclamation : _____

Poursuite : Oui Non

Montant réclamé : _____

Aperçu de la responsabilité : _____

Indemnité payée : _____

Dépenses payées : _____

Réglé : Oui Non

Détails de la réclamation :

Réclamant : _____

L'assureur du réclamant, numéro de police, période et catégorie de couverture :

Date de la réclamation : _____

Poursuite : Oui Non

Montant réclamé : _____

Aperçu de la responsabilité : _____

Indemnité payée : _____

Dépenses payées : _____

Réglé : Oui Non

Détails de la réclamation :

Réclamant : _____

L'assureur du réclamant, numéro de police, période et catégorie de couverture :

Date de la réclamation : _____

Poursuite : Oui Non

Montant réclamé : _____

Aperçu de la responsabilité : _____

Indemnité payée : _____

Dépenses payées : _____

Réglé : Oui Non

Détails de la réclamation :