



## PROPOSITION D'ASSURANCE MURS D'ESCALADE

**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. **Adresse de l'établissement :**

---

4. **Le Proposant est-il :**

Propriétaire des lieux ?

Locataire des lieux ?

5. **Depuis combien de temps le Proposant exerce-t-il ses activités ?**

---

**Durée de l'exploitation à cet endroit :**

---

**Nombre de membres :**

---

**Estimation des recettes totales annuelles :**

---

**Nombre estimatif de visites (1 visite = 3 heures) par an :**

---

6. **Masse salariale :**

---

**Nombre 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 :**

---

7. Description des activités (annexez les règles d'organisation si possible) :

8. D'autres activités que celles ci-dessus, par exemple vente de nourriture ou d'alcool, sont-elles exercées sur les mêmes lieux ?  Oui  Non  
Lesquelles ? (Indiquez aussi les recettes brutes) :

9. Type de voies d'escalade (précisez la hauteur, la longueur, s'il s'agit ou non d'un mur autoporteur, le matériau, les dimensions particulières, etc.) :

Âge des murs d'escalade : \_\_\_\_\_ Constructeur des murs d'escalade : \_\_\_\_\_

10. Des matelas de protection sont-ils utilisés ?  Oui  Non  
Des harnais de sécurité sont-ils utilisés ?  Oui  Non  
Y a-t-il de l'assurance ?  Oui  Non  
Si oui, est-il confié uniquement à du personnel formé à cette fin ?  Oui  Non  
Si non, précisez :

---

Nature de la formation donnée au personnel :

11. Les lieux répondent-ils à toutes les exigences du service d'incendie ?  Oui  Non  
Si non, précisez :

---

Y a-t-il des consignes écrites en cas d'urgence ?  Oui  Non  
Si non, précisez :

---

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

---

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

---

Si oui, montants de garantie demandés : \_\_\_\_\_

13. Le Proposant assume-t-il la responsabilité de tiers par contrat ?  Oui  Non

14. Le Proposant est-il assuré actuellement ?  Oui  Non  
Si oui, nom de l'assureur ?

---

L'assurance actuelle est-elle basée sur la date des réclamations ?  Oui  Non  
Si oui, date limite de rétroactivité : \_\_\_\_\_

15. 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 :

---

16. **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	

À votre connaissance, y a-t-il d'autres événements susceptibles d'entraîner des réclamations contre vous ?  Oui  Non  
 Si oui, précisez :

17. **Assurance automobile 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 : \_\_\_\_\_

Estimation des coûts annuels des véhicules utilisés en vertu de contrats : \_\_\_\_\_

(Précisez) :

18. **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

Utilisez-vous un formulaire de rapport d'accident ?  Oui  Non  
Si oui, annexe-en un exemplaire.

Les cas d'accident et de blessures sont-ils tous consignés ?  Oui  Non

**Annexez un résumé de la marche à suivre.**

Quelles sont les consignes en place en cas d'accident ou de blessures ?

**Annexez-en un résumé.**

19. Montant(s) de garantie demandé(s) : \_\_\_\_\_

La proposition n'oblige pas le Proposant à souscrire l'assurance ni l'assureur à l'accorder, mais il est entendu que si le contrat est établi, les renseignements consignés dans la proposition serviront de base au contrat.

Il est convenu entre l'assureur et le Proposant que toute inspection des lieux, des activités ou de tout autre aspect du risque sera effectuée pour les besoins et au bénéfice de l'assureur seulement et que le Proposant ne doit s'appuyer d'aucune façon sur les résultats de l'inspection.

**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)**