

Demande D'assurance Responsabilité Fiduciaire / Fonds de Pension

Formulaire de candidature

MARKEL



Demande D'assurance Responsabilité Fiduciaire / Fonds de Pension

Formulaire de candidature



Il s'agit d'une demande d'adhésion à une police d'assurance avec déclaration de sinistre.
Diverses dispositions de la police restreignent la couverture.

Veillez répondre à toutes les questions.

Si l'espace est insuffisant, joindre les détails par addendum.

Informations générales

A. Informations sur l'assuré

Requérant :	
Adresse principale :	
Province/État d'incorporation :	
Site web :	

Le requérant n'a pas cessé d'exercer ses activités depuis :

Nature de l'activité :

Produits et services :

B. Opérations :

Type de Personne morale (veuillez cocher (✓) la description applicable) :

Société

Syndicat/Organisation syndicale

Société en commandite/société à responsabilité limitée

Partenariat/Joint Venture :

Société à but non lucratif/exonérée d'impôt

Autre (à préciser)

Si « Autre »

Le Requérant agit-il en tant qu'associé général, directeur de société ou participe-t-il à des coentreprises ? Oui Non

Dans l'affirmative, et si une couverture est requise, veuillez joindre une liste de ces entités et indiquer pour chacune d'entre elles la nature de l'activité et le pourcentage de participation détenu par le Requérant.

Existe-t-il des entités détenues à moins de 51 % pour lesquelles une couverture est demandée ? Oui Non

Dans l'affirmative, et si une couverture est requise, veuillez joindre une liste de ces entités et indiquer pour chacune d'entre elles la nature de l'activité et le pourcentage de propriété détenu par le Requérant.

	Canada	États-unis	Autres	Si « Autres », veuillez préciser le pays s'il s'agit d'un autre pays :
Nombre d'emplacements				
% des ventes	%	%	%	%
% des actifs	%	%	%	%

Le demandeur a-t-il, à un moment quelconque au cours des trois dernières années, enfreint des clauses restrictives ou des accords de prêt ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez joindre les détails.

Au cours des 12 derniers mois, le demandeur a-t-il conclu ou accepté, ou envisage-t-il de le faire au cours des 12 prochains mois, l'une ou l'autre des opérations suivantes, que ces opérations aient été ou non conclues ou qu'elles le soient :

Une fusion, une acquisition, une consolidation ou une offre publique d'achat ? Oui Non

Vente, distribution ou cession d'actifs ou d'actions, autrement que dans le cours normal des affaires, pour un montant supérieur à 25 % des actifs consolidés du demandeur ? Oui Non

Enregistrement d'une offre publique ou d'un placement privé de titres, y compris de dettes ou d'actions ?	Oui	Non
Protection en vertu de la Loi sur les arrangements avec les créanciers des compagnies (LACC) au Canada ou du Chapitre 11 aux États-Unis, ou réorganisation ou arrangement avec les créanciers en vertu de la législation provinciale ou étatique ou de dispositions similaires dans toute autre juridiction ?	Oui	Non
Y a-t-il eu des fermetures de succursales, d'emplacement, d'installations, de bureaux ou de filiales, ou des licenciements ?	Oui	Non
Changement de vérificateur ?	Oui	Non
Si vous avez répondu "oui" à l'une des questions ci-dessus, veuillez fournir des détails.		
Le Requérant fournit-il des services professionnels contre rémunération ?	Oui	Non
Si oui, joindre les détails.		

C. Financier

Veuillez compléter les informations suivantes pour l'année en cours : ou fournir les états financiers trimestriels et annuels les plus récents.

Total des actifs :	\$	<input type="text"/>
Actif circulant	\$	<input type="text"/>
Passif à court terme	\$	<input type="text"/>
Dettes totales	\$	<input type="text"/>
Revenu annuel :	\$	<input type="text"/>
Revenu net :	\$	<input type="text"/>
Flux de trésorerie provenant des opérations :	\$	<input type="text"/>
Nom du vérificateur / comptable :	<input type="text"/>	
Quelle est la fréquence des vérifications ?	<input type="text"/>	
Le demandeur a-t-il changé de vérificateur/de comptable au cours des cinq dernières années ?	Oui	Non

Dans l'affirmative, veuillez joindre les détails.

D. Assurance demandée :

Type de couverture	Limite	Franchise	Période de police	
Administrateurs et dirigeants			Pour	
Responsabilité pratiques d'emploi			Pour	
Responsabilité fiduciaire/ Responsabilité du fonds de pension			Pour	

Responsabilité Fiduciaire /Fonds de Pension

A. Résumé du régime

Nom du régime	Type de régime	Actifs du régime pour l'année en cours	# Nombre de participants au régime	Pays	Année de création

Types de régimes :

Régime à cotisations définies = CD
 Régime d'actionnariat salarié = PAS
 Régime à prestations définies = RPD
 Régime de prévoyance = RP
 REER/Régime d'épargne = REER/RE

B. Opérations du régime

Si un régime pour lequel une couverture est demandée détient ou investit dans des titres du Requérant, veuillez fournir des détails, y compris le nom du régime, le nombre d'actions détenues et la valeur la plus récente des actions.

Si ce n'est pas le cas, vérifiez ici :

Au cours des 18 derniers mois, le Requérant a-t-il fusionné, scindé, transféré ou résilié un (des) régime(s) d'avantages sociaux ou envisage-t-il une telle fusion, scission, transfert ou résiliation au cours des 18 prochains mois ?

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails, notamment la date de la transaction, l'état de la distribution des actifs, si des prestations similaires sont offertes et le nom de l'assureur si les prestations du régime résilié sont garanties par une assurance.

Tous les régimes sont-ils conformes aux accords de régime ou à l'ERISA ?

Une modification a-t-elle été apportée ou envisagée à un régime au cours des deux (2) dernières années, ou une modification est-elle actuellement envisagée, qui a entraîné ou pourrait entraîner une réduction des prestations, y compris, mais sans s'y limiter, une augmentation de la part des coûts incombant au participant ?

Oui No

Si oui, veuillez joindre les détails. En cas de modification(s), veuillez joindre des copies.

Un ou plusieurs régimes emploient-ils des prestataires externes pour fournir des services dans les disciplines suivantes ?

Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez le nom du prestataire de services.

Investissement	Oui	Non	<input type="text"/>
Comptabilité	Oui	Non	<input type="text"/>
Actuariel	Oui	Non	<input type="text"/>
Juridique	Oui	Non	<input type="text"/>
Administration/ comptabilité et tenue des registres	Oui	Non	<input type="text"/>

Fournir des informations détaillées sur les examens effectués concernant les frais d'administration, de tenue de dossiers, de gestion des investissements, de conseil, de commissions ou de marketing facturés ou payés, directement ou indirectement, par les régimes à cotisations et à prestations définies parrainés.

Des analyses comparatives sont-elles effectuées ?

Oui

Non

Décrivez ce processus

À quelle fréquence ces frais sont-ils révisés ou font l'objet d'une étude comparative ?

À quelle fréquence les options d'investissement sont-elles examinées, comparées et évaluées en termes de performance ?

Décrire le processus

C. Connaissances préalables

Le Requérant a-t-il connaissance de demandes ou de communications émanant d'un cabinet d'avocats concernant les frais et dépenses du régime ou la performance des investissements du régime ?

Oui Non

Le Requérant a-t-il connaissance d'une quelconque sollicitation en ligne ou sur les médias sociaux de vos employés pour qu'ils contactent un cabinet d'avocats au sujet des frais ou des investissements de leur régime à cotisations définies ?

Oui Non

Un fiduciaire a-t-il été :

Accusé, reconnu coupable ou tenu pour responsable d'un abus de confiance ?

Oui Non

Condamné pour comportement criminel ?

Oui Non

En dehors de celles identifiées dans votre réponse à la question ci-dessus, existe-t-il une réclamation actuellement en cours, ou une autre réclamation a-t-elle été déposée à un moment quelconque au cours des trois (3) dernières années, à l'encontre d'un Requérant ou d'une entité proposée ou d'une personne en sa qualité d'administrateur, de dirigeant ou d'un autre poste de direction d'une entité ?

Oui Non

Si vous avez répondu "oui" à l'une des questions ci-dessus sur les connaissances préalables, veuillez fournir des détails.

D. Garantie absence d'assurance antérieure

Si vous n'avez pas déjà souscrit d'Assurance responsabilité civile fiduciaire/fonds de pension, veuillez passer à l'étape suivante.

Aucun Requérant ni aucune personne demandant cette assurance n'a connaissance de faits, de circonstances ou de situations qui pourraient raisonnablement donner lieu à une réclamation au titre de la couverture d'assurance proposée en rapport avec l'emploi, y compris, mais sans s'y limiter, un congédiement injustifié ?

Oui Non

Le Requérant ou tout administrateur, dirigeant ou autre entité ou personne proposée a-t-il notifié par écrit, conformément aux dispositions d'une police de Responsabilité civile fiduciaire/fonds de pension, antérieure ou actuelle, ou d'une police similaire, des faits ou des circonstances spécifiques susceptibles de donner lieu à une réclamation à l'encontre d'une entité ou d'une personne proposée ?

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez joindre les détails

Des indemnités pour sinistre ont-elles été versées au nom d'un Requérant ou d'un administrateur, d'un dirigeant ou d'une autre entité ou personne proposée dans le cadre d'une police d'Assurance responsabilité civile fiduciaire/fonds de pension ou d'une assurance similaire, qu'elle soit antérieure ou actuelle ?

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez joindre les détails.

E. Assurance fiduciaire/de fonds de pension antérieure :

Assureur	Limite	Franchise	Période de police	Prime	Litiges en cours et antérieurs

F. Informations complémentaires requises:

Veillez joindre les éléments suivants, le cas échéant :

- États financiers vérifiés du Requérent (organisme de parrainage)
- États financiers vérifiés et rapport actuariel de chaque régime financé
- Portefeuille d'investissement de chaque régime financé

Il est convenu que si de telles réclamations, faits, circonstances ou situations existent, qu'ils aient été divulgués ou non, toute réclamation ou action fondée sur eux ou en découlant sera exclue de la couverture proposée.

LE SOUSSIGNÉ RECONNAÎT LA VÉRACITÉ DES DÉCLARATIONS CONTENUES DANS LE PRÉSENT DOCUMENT.

JE VOUS AUTORISE À COLLECTER, UTILISER ET DIVULGUER DES INFORMATIONS PERSONNELLES DANS LES LIMITES AUTORISÉES PAR LA LOI, DANS LE CADRE DE VOTRE POLICE D'ASSURANCE D'ENTREPRISE OU D'UN RENOUVELLEMENT, D'UNE EXTENSION OU D'UNE MODIFICATION DE CELLE-CI, AUX FINS NÉCESSAIRES À L'ÉVALUATION DU RISQUE, À L'INSTRUCTION ET AU RÈGLEMENT DES RÉCLAMATIONS, AINSI QU'À LA DÉTECTION ET À LA PRÉVENTION DES FRAUDES, TELLES QUE LES INFORMATIONS SUR LE CRÉDIT ET LES ANTÉCÉDENTS EN MATIÈRE DE SINISTRES.

Aux fins de la Loi sur les sociétés d'assurance (Canada), ce document a été publié dans le cadre des activités d'assurance des Souscripteurs des Lloyd's au Canada.

DOIT ÊTRE SIGNÉ PAR LE PRÉSIDENT, LE PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION, LE DIRECTEUR GÉNÉRAL OU LE DIRECTEUR DES RESSOURCES HUMAINES

(aucune autre signature n'est acceptable).

Signature du Requérant (représentant agréé)	Nom:
Poste:	Date de prise d'effet:

Pour obtenir des informations sur les contacts, consultez le site : www.markel.ca