



# Markel Care

Formulaire de souscription

**MARKEL**



## Avis important :

1. Le présent document est un formulaire de souscription pour un contrat d'assurance, dans lequel « le demandeur » ou « vous/votre » désigne le particulier, la société, le partenariat, la fiducie, l'organisme de bienfaisance, l'établissement ou l'association qui propose la couverture.
2. La présente souscription doit être remplie à l'encre, signée et datée. Vous devez répondre à toutes les questions pour qu'un devis d'assurance puisse être établi, mais le fait de répondre à ces questions ne vous engage pas, ni les souscripteurs, à conclure un contrat d'assurance. Si vous ne disposez pas de suffisamment d'espace pour répondre à une question de façon complète, veuillez joindre une feuille complémentaire signée. Vous devez conserver une copie du formulaire de souscription rempli (et de tout autre justificatif) à des fins de référence ultérieure.
3. Nous vous recommandons de demander un exemplaire de la police proposée à votre courtier d'assurance et d'examiner attentivement les conditions générales, les limitations et les exclusions applicables à la couverture. L'assurance proposée ne couvre que les pertes résultant de certains événements découverts ou de réclamations formulées à l'encontre de l'assuré pendant la période d'assurance, comme indiqué dans la police.

## Clients

Dans le cadre du formulaire de souscription, le terme « client » désigne les personnes qui bénéficient des services aux clients, par exemple, les personnes soignées, en traitement, en soins, etc.

Le présent document est un formulaire à remplir.

Sur la page 3, vous trouverez un bouton **EFFACER** qui effacera tous les champs du document.

Pour passer d'un champ à l'autre, vous pouvez utiliser votre souris pour pointer et cliquer ou utiliser les touches Tab ou Entrée.

Dans les champs plus grands, vous pouvez utiliser la touche Entrée pour créer une nouvelle ligne. La touche Tab vous permet de passer au champ suivant.

Vous verrez également des champs préformatés pour les nombres ou les dates.



## Partie A – Renseignements Sur Le Demandeur

*Veillez répondre à toutes les questions.  
Si vous n'êtes pas concerné, indiquez S.O.*

*Si l'espace est insuffisant pour répondre à une question,  
veillez poursuivre dans la section « Renseignements  
complémentaires » à la fin du présent formulaire de souscription.*

Informations générales		
Nom de l'organisation	<input type="text"/>	
Personne-ressource	<input type="text"/>	
Adresse postale	<input type="text"/>	
Code postal	<input type="text"/>	
Numéro de téléphone	<input type="text"/>	
Adresse électronique	<input type="text"/>	
Adresse du site Web	<input type="text"/>	
Type d'entreprise	<input type="checkbox"/> À but lucratif <input type="checkbox"/> À but non lucratif	
Êtes-vous actuellement titulaire d'une licence délivrée par une agence gouvernementale?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Numéro d'enregistrement de l'organisme de bienfaisance (le cas échéant)	<input type="text"/>	
Années d'existence?	<input type="text"/>	
Date de prise d'effet proposée	Du: <input type="text"/> Au: <input type="text"/>	
Adresse(s) de l'assuré	L'adresse postale est-elle celle des locaux assurés? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non S'il y a d'autres locaux, indiquez-le dans la section Renseignements complémentaires	
Locaux 1	Locaux 2	Locaux 3
Adresse:          Code postal :	Adresse:          Code postal :	Adresse:          Code postal :

## Partie A – Renseignements Sur Le Demandeur (continuer)

Le demandeur est-il actuellement assuré?

(Dans l'affirmative, veuillez fournir une description)

Oui

Non

Assureur	Prime	Limite
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Un assureur a-t-il rejeté, annulé ou refusé le renouvellement de la couverture du demandeur?

Oui

Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir une explication :

Pouvez-vous confirmer que ni vous, ni aucun directeur, administrateur, membre du conseil, dirigeant, fiduciaire, gestionnaire ou partenaire de l'organisation, ni aucune personne assurée ou se proposant d'être assurée n'a

a. été déclaré coupable ou accusé, mais pas encore jugé, d'une infraction criminelle autre qu'une infraction au Code de la route?

Oui

Non\*

b. déclaré faillite, ne s'est mis en liquidation pour cause d'insolvabilité, ou n'a été mis sous séquestre ou fait l'objet d'une ordonnance administrative de la Cour?

Oui

Non\*

\* Si la réponse est « non », veuillez fournir tous les détails :

## Partie B – Vos Opérations/Activités

Informations sur l'assuré	Si l'espace est insuffisant pour répondre à une question, veuillez poursuivre dans la section Renseignements complémentaires à la fin du présent formulaire de souscription.
1. Veuillez décrire les objectifs et les activités de l'organisation et/ou joindre des brochures fournissant ces renseignements.	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
2. Pouvez-vous confirmer qu'il n'y a pas eu de changements fondamentaux dans les activités de l'organisation au cours des cinq dernières années?	<p> <input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non*  <i>* Si la réponse est « non », veuillez fournir tous les détails :</i> </p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
3. Veuillez fournir des détails sur l'expérience ou joindre le CV des gestionnaires/propriétaires de l'organisation dans votre domaine d'activité :	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>
Collectes de fonds	
4. Organisez-vous des collectes de fonds?	<p> <input type="checkbox"/> Oui*                      <input type="checkbox"/> Non  <i>* Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.</i> </p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
5. a. Effectuez-vous ou proposez-vous à vos clients des activités en dehors de vos locaux?	<p> <input type="checkbox"/> Oui*                      <input type="checkbox"/> Non  <i>* Dans l'affirmative, veuillez fournir une description.</i> </p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
5. b. Dans l'affirmative, veuillez décrire le mode de transport et la surveillance.	<p> <i>* Dans l'affirmative, veuillez décrire le mode de transport et la surveillance.</i> </p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>

## Partie C – Renseignements Financiers

### Renseignements financiers – Revenus

6. Quel est le chiffre d'affaires brut total de l'organisation/le budget d'exploitation pour :	a. l'exercice en cours (estimation)	<input type="text"/>
	b. le dernier exercice	<input type="text"/>
	c. l'exercice précédent	<input type="text"/>

7. Veuillez fournir une ventilation en pourcentage de la source de ces revenus (financement public, dons, collectes de fonds, etc.) :

<input type="text"/>	<input type="text"/>
autre*	<input type="text"/>
<b>Total \$</b>	<input type="text"/>

\* Si les revenus proviennent d'« activités génératrices d'honoraires ou professionnelles » ou d'« autres » sources, veuillez fournir tous les détails :

### Renseignements financiers – Dépenses

8. Veuillez fournir une ventilation en pourcentage de l'utilisation des fonds (personnel, formation, dépenses opérationnelles, etc.) :

<input type="text"/>	<input type="text"/>
autre*	<input type="text"/>
<b>Total \$</b>	<input type="text"/>

Veuillez fournir une description pour la catégorie « autre ».

## Partie D – Votre Personnel (Y Compris Les Bénévoles)

Employés		
9. Pour l'exercice en cours, quel est le nombre total de :	a. employés à temps plein	<input type="text"/>
	b. employés à temps partiel	<input type="text"/>
	c. bénévoles*	<input type="text"/>
	d. autres (personnel temporaire, agences, etc.)	<input type="text"/>
<b>Total \$</b>		<input type="text"/>
* Si vous avez des bénévoles, combien sont « actifs » en même temps?		<input type="text"/>
10. Parmi les méthodes suivantes, lesquelles sont utilisées dans le processus de sélection et d'embauche des employés?	<b>Candidature</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<b>Entretien</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	a. Entretien en personne	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	b. Entretien téléphonique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	c. Entretien par plus d'une personne	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	d. Ensemble de questions écrites pour les entretiens avec les employés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	e. Techniques d'entretien comportemental	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<b>Observation des interactions entre le candidat et les clients</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<b>Liste de vérification des indicateurs de risque d'abus</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre (veuillez préciser) :		<input type="text"/>
11. Pouvez-vous confirmer que tous les membres du personnel et les bénévoles qui travaillent avec des clients (y compris les enfants engagés comme bénévoles) ou des adultes vulnérables, ou qui sont susceptibles d'entrer en contact avec eux, font l'objet d'une vérification :	des antécédents criminels?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	au niveau fédéral?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	dans le registre des abus?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	de l'habilitation à travailler auprès de personnes vulnérables?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*

## Partie D – Votre Personnel (Y Compris Les Bénévoles) (continuer)

Employés		
<p>12. Pouvez-vous confirmer que vous procédez à d'autres vérifications des antécédents du personnel/des bénévoles (relevés d'emploi antérieurs, références, etc.) pour compléter les vérifications du casier judiciaire qui sont effectuées?</p>	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non	
<p>* Dans l'affirmative, veuillez expliquer quelles sont les vérifications effectuées; si la réponse est « non », veuillez expliquer pourquoi :</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>		
<p>13. <b>Entrepreneurs indépendants</b></p>	<p><b>(Fournir une estimation du coût des travaux effectués)</b></p>	
<p>Réparation et entretien des locaux et des équipements</p>	<input type="text"/>	
<p>Transport (y compris pour les enfants)</p>	<input type="text"/>	
<p>Autre (veuillez fournir une description)</p>	<input type="text"/>	
<p>Exigez-vous de tous les entrepreneurs ou sous-traitants qu'ils fournissent une preuve d'assurance responsabilité civile?</p>	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non	
<p>* Dans l'affirmative, quelle limite est exigée?</p>	<input type="text"/>	
<b>Personnel qualifié/non qualifié</b> (dans le cadre de cette question, le terme « personnel » comprend les bénévoles et les employés)		
<p>14. Quels sont vos ratios habituels</p>	<p><b>Jour</b></p>	<p><b>Nuit</b></p>
<p>a. de personnel (à l'exclusion du personnel auxiliaire) par rapport aux clients</p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<p>b. entre le personnel qualifié et le personnel non qualifié pendant le service</p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<p>Remplir la case « Nuit » s'il s'agit d'un établissement résidentiel ou d'un établissement de nuit.</p>		
<p>15. Combien de membres de votre personnel sont qualifiés par rapport à vos activités et à quel niveau?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>	

## Partie D – Votre Personnel (Y Compris Les Bénévoles) (continuer)

16. Employez-vous ou utilisez-vous les services d'un docteur, d'un chirurgien, d'un médecin, d'un infirmier prescripteur, d'une sage-femme, d'un dentiste ou d'un anesthésiste?

Oui\*  Non

\* Dans l'affirmative, veuillez noter qu'une des conditions de la police est que vous vous assuriez que ces personnes

a. sont actuellement membres de l'association ou de l'organisme professionnel canadien reconnu (par exemple, la Medical Defense Union, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, etc.).

b. sont indemnisées ou assurées contre leurs erreurs, omissions, négligences ou fautes professionnelles dans le cadre de leurs propres assurances, indemnités ou accords de défense mutuelle ou équivalents.

17. EMPLOYÉS Titre du poste	GROUPE D'ÂGE avec lequel ils travaillent	COMPÉTENCES (p. ex., EPE, formation aux premiers secours, RCP, etc.)	Nombre de temps plein	Nombre de temps partiel	Nombre de bénévoles
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Formation

18. Quelle formation est dispensée à votre personnel et/ou à vos bénévoles

a. sont actuellement membres de l'association ou de l'organisme professionnel canadien reconnu (par exemple, la Medical Defense Union, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, etc.).

b. sont indemnisées ou assurées contre leurs erreurs, omissions, négligences ou fautes professionnelles dans le cadre de leurs propres assurances, indemnités ou accords de défense mutuelle ou équivalents.

c. dans le cadre de la mise en œuvre de vos politiques et de vos procédures (p. ex. les politiques de protection)?

19. Quelle est la fréquence de ces formations (p. ex. formation initiale pour les nouveaux membres du personnel, formation continue et « recyclage » pour le personnel en poste)?

## Partie D – Votre Personnel (Y Compris Les Bénévoles) (continuer)

<p>20. Conservez-vous une trace écrite de la formation dispensée à chaque membre du personnel?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non*</p> <p><i>* Si la réponse est « non », veuillez expliquer pourquoi :</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	
<p>21. Avez-vous recours à du personnel d'agence?</p>	<p><i>* Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions suivantes :</i></p> <p>a. faites-vous uniquement appel à des agences qui effectuent des vérifications de casier judiciaire et d'autres vérifications des antécédents à un niveau au moins équivalent au vôtre?</p> <p>b. veillez-vous à ce que le personnel de l'agence soit pleinement conscient des besoins particuliers de vos clients et soit familiarisé avec vos procédures en matière de santé et de sécurité?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui*                      <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non*</p> <p><input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non*</p>
<p><i>* Si la réponse à l'une des questions ci-dessus est « non », veuillez expliquer pourquoi :</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>		

## Partie E – Clients

### Clients

22. Veuillez indiquer le nombre de clients dont vous vous occupez actuellement ainsi que leur groupe d'âge :

Personnes souffrant d'un handicap physique

Personnes souffrant de problèmes de santé mentale

Personnes ayant des difficultés d'apprentissage

Personnes souffrant d'une perte sensorielle, y compris d'une double perte sensorielle  
Nourrissons (jusqu'à 18 mois)

Bambins (de 18 mois à 3 ans)

Jeunes enfants (de 3 ans à 5 ans)

École primaire (de 5 ans à 8 ans)

École secondaire (9 ans et plus)

Les enfants sont-ils séparés par groupe d'âge?

Autre\*

s.o.	Moins de 8 ans	Entre 8 et 15 ans	Entre 16 et 17 ans	Entre 18 et 60 ans	Plus de 60 ans
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				

\* Si des clients figurent dans la catégorie « Autre », veuillez fournir tous les détails:

## Partie E – Clients (continuer)

Clients		
23. Est-ce que vous	a. fournissez des services à des clients qui :	<b>s.o.</b>
	1. ont (ou pourraient avoir) un comportement problématique, agressif ou violent?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
	2. ont des antécédents d'agression sexuelle ou de tentatives d'agression sexuelle?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
	3. ont été victimes d'abus sexuels?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
	4. ont des antécédents d'incendies criminels ou d'attaques contre des personnes ou des biens?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
	5. ont des antécédents d'alcoolisme, de toxicomanie ou d'abus de substances?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
	6. ont fait l'objet de condamnations pénales, sont en liberté sous caution ou ont été exclus de l'école?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
	*Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions ci-dessus, pouvez-vous confirmer que des évaluations des risques appropriées sont en place et que le personnel a reçu une formation adéquate pour s'occuper de ces clients?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	* Si la réponse est « non », veuillez fournir tous les détails :	
	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	
	b. fournissez des services à des personnes détenues ou maîtrisées en vertu de la Loi sur la santé mentale?	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
	* Dans l'affirmative, veuillez fournir tous les détails :	
	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	

## Partie E – Clients (continuer)

Clients		
23. Est-ce que vous	c. fournissez	<b>S.O.</b>
	1. des services pour les jeunes qui ont été victimes d'abus sexuels ou qui ont abusé sexuellement d'autres personnes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
	2. des services d'intervention en cas de crise, par exemple pour les jeunes considérés comme un danger pour les autres ou pour eux-mêmes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
	3. des services de soutien spécialisés, par exemple pour les jeunes qui pourraient autrement être placés dans un logement sécurisé ou qui viennent de sortir d'un logement sécurisé ou qui ont tenté de provoquer un incendie criminel?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
* Dans l'affirmative, veuillez fournir tous les détails :		
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>		
24. Pouvez-vous confirmer que vous disposez d'un registre des accidents et incidents à jour?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	* Si la réponse est « non », veuillez expliquer comment vous consignez ces événements :	
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>		

## Partie E – Clients (continuer)

### Hébergement résidentiel/de soutien/d'assistance

25. Fournissez-vous des services de logement ou d'hébergement de nuit pour les clients?	* Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions suivantes :	<input type="checkbox"/> Oui*	<input type="checkbox"/> Non
	a. combien de clients pouvez-vous accueillir?	<input type="text"/>	
	b. tous les clients ont-ils leur propre chambre?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Dans l'affirmative, les pièces ferment-elles à clé?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	c. Durée moyenne de séjour	<input type="checkbox"/> Moins d'un an	<input type="checkbox"/> Plus d'un an
26. Pouvez-vous confirmer que dans le cas des clients bénéficiant d'un hébergement résidentiel/de soutien/d'assistance de nuit	a. lorsque les clients n'ont pas leur propre chambre, il a été tenu compte de la compatibilité des personnes qui partagent la chambre (y compris, mais sans s'y limiter, l'âge, le sexe, le handicap, les antécédents comportementaux et/ou psychiatriques)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	b. le cas échéant, vous avez mis en place des procédures d'entrée et de sortie afin de vous assurer que vous savez quels utilisateurs de vos services se trouvent dans les locaux ou non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	c. vous avez mis en place des procédures (y compris la fouille et la confiscation) pour garantir que les utilisateurs des services <ul style="list-style-type: none"> <li>• ne fument pas dans les locaux</li> <li>• n'ont pas accès à de l'alcool, à des drogues (autres que celles prescrites dans le cadre d'un traitement médicamenteux) ou à d'autres substances dangereuses</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
* Si la réponse est « non », veuillez expliquer pourquoi :			
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>			

## Partie E – Clients (continuer)

### Hébergement résidentiel/de soutien/d'assistance

27. Fournissez-vous des services d'hébergement pour les membres de la famille du client?

Oui\*  Non

\* Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails:

28. Fournissez-vous des services de soins à domicile?

Oui\*  Non

\* Dans l'affirmative, veuillez répondre à la question suivante :

a. Quels contrôles avez-vous mis en place pour vous assurer que les soignants respectent vos procédures et vos pratiques lorsqu'ils fournissent des services de soins à domicile?

## Partie F – Politiques Et Procédures/Protocoles

Politiques Et Procédures/Protocoles		
29. Pouvez-vous confirmer que :	a. vous disposez de politiques et de procédures/protocoles écrits pour éviter que vos clients ne soient victimes d'abus de la part de toute personne? (Dans l'affirmative, veuillez joindre les documents)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	b. vous revoyez et mettez à jour vos politiques et procédures/protocoles au moins une fois par an et lorsque la législation l'exige?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	c. tous les membres du personnel et les bénévoles sont informés de la politique et reçoivent une formation formelle lors de leur entrée en fonction et tout au long de leur emploi?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	* Si la réponse est « non », veuillez expliquer pourquoi :	
<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>		
30. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait l'objet d'enquêtes sur les politiques et procédures/protocoles qui se sont révélées fondées?		<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
	* Dans l'affirmative, veuillez fournir tous les détails	
<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>		
31. Lorsque vous êtes responsable de l'argent d'un client, avez-vous mis en place une politique de contrôle, d'enregistrement et d'audit de ces transactions au moins une fois par mois?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	* Si la réponse est « non », veuillez expliquer pourquoi	
<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>		
32. Quelles sont vos procédures d'entrée et de sortie (et, dans le cas de jeunes enfants, vos procédures de récupération des enfants par des personnes autres que le parent qui en a la garde, ou lorsque les parents sont en retard ou dans l'impossibilité de venir chercher leur enfant)?	<div style="border: 1px solid black; height: 120px;"></div>	

## Partie F – Politiques Et Procédures/Protocoles (continuer)

Médicaments		
33. Délivrez-vous des médicaments sur ordonnance, des médicaments et d'autres produits similaires?		<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
	* Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions suivantes : Pouvez-vous confirmer que :	
	a. vous avez mis en place des procédures pour garantir que tous les médicaments et autres produits similaires sont délivrés conformément aux plans de traitement prescrits et que cette délivrance est entièrement enregistrée et documentée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	b. tous les médicaments et autres produits similaires sont conservés soit dans  1. une armoire fermée à clé, ou  2. une pièce fermée à clé et à accès restreint, et conformément aux recommandations du fabricant.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	* Si la réponse est « non », veuillez expliquer pourquoi :	
	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	
34. Un questionnaire médical a-t-il été rempli concernant toute allergie ou tout autre problème médical?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	a. Dans l'affirmative, les parents ont-ils fourni des instructions écrites et les médicaments sont-ils administrés, si nécessaire, conformément aux instructions?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	b. Dans l'affirmative, une trace écrite sera-t-elle conservée pour indiquer l'heure, le médicament et la personne qui l'a administré?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Partie F – Politiques Et Procédures/Protocoles (continuer)

Locaux	
35. Le demandeur a-t-il conclu des accords en matière de responsabilité?	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
	<p><i>* Dans l'affirmative, veuillez fournir une description et des copies</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
36. Le demandeur dispose-t-il d'une procédure formelle d'inspection et d'entretien des équipements ou des locaux?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
37. Veuillez décrire les installations et les caractéristiques particulières (aire de jeux, piscine, animaux domestiques, etc.) :	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
38. Sont-elles clôturées ou entièrement sécurisées d'une autre manière?	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
	<p><i>* Dans l'affirmative, veuillez fournir une description</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
39. Sont-elles toujours sous la surveillance d'un membre du personnel?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	<p><i>* Si la réponse est « non », veuillez fournir une explication</i></p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
40. Quelle est la politique en matière de maladie ou de maladie transmissible?	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
41. Quelles sont les procédures employées en ce qui concerne la manipulation d'objets potentiellement dangereux (p. ex. peintures, produits de nettoyage, médicaments conservés dans les locaux, etc.)?	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>

## Partie F – Politiques Et Procédures/Protocoles (continuer)

Locaux		
42. Quelles sont les procédures de sécurité en vigueur en cas d'incendie?	<input type="text"/>	
43. Les locaux répondent-ils à toutes les exigences du service d'incendie?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
44. Où se trouvent les extincteurs?	<input type="text"/>	
45. Existe-t-il un accord d'entretien?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

## Partie G – Abus Spécifiques

Abus Spécifiques		
46. Les lois relatives aux abus et à la négligence sont-elles examinées avec tous les nouveaux employés et bénévoles?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
47. L'organisation dispose-t-elle d'un comité de prévention des abus?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
48. L'organisation dispose-t-elle d'une politique écrite en matière d'abus et de prévention des abus?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
49. Cette politique a-t-elle été examinée et approuvée par un conseiller juridique?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
50. Cette politique est-elle examinée en détail avec tous les employés, bénévoles ou toutes personnes agissant au nom de l'assuré qui sont en contact avec les clients?	Cette politique inclut-elle :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	a. Les exigences relatives au signalement de tous les incidents?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	b. Une procédure formelle d'intervention en cas d'abus?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	c. Des procédures d'enquête détaillées en cas d'incidents ou d'abus?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	d. L'obligation de signaler tous les incidents liés à un abus réel ou suspecté?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	e. L'exigence que plus d'une personne soit présente à tout moment lorsque les clients sont pris en charge par l'organisation?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	f. Des procédures de contrôle des nouveaux employés et des bénévoles lors des contacts avec les clients?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Partie G – Abus Spécifiques (continuer)

Abus Spécifiques		
51. Tous les employés et les bénévoles sont-ils formés à la reconnaissance des abus possibles?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
52. Veuillez nous fournir une copie des procédures écrites en place en ce qui concerne :	<b>Joint S.O.</b>	
	La prévention des abus	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	La formation initiale et continue des employés (y compris les travailleurs saisonniers et temporaires) et des bénévoles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Les procédures d'enquête sur les abus ou les allégations, y compris les procédures de signalement et de gestion	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
53. Depuis combien de temps ces procédures sont-elles en place?	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
54. Comment vous assurez-vous que ces procédures sont comprises et respectées?	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	
55. Qui est responsable de la mise en œuvre des procédures (veuillez indiquer le nom et la fonction)	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	
Au cours des 10 dernières années		
56. Des réclamations ou des poursuites liées à des abus ont-elles été déposées contre vous ou contre toute autre personne associée à votre organisation?	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non	
	<i>* Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails et décrire toute modification des procédures adoptée en conséquence :</i> <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	
57. Des incidents ou des allégations d'abus ont-ils été formulés à l'encontre de votre organisation ou de toute autre personne associée à votre organisation?	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non	
	<i>* Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails :</i> <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	
58. Avez-vous connaissance de faits, d'incidents, d'événements ou d'allégations susceptibles de donner lieu à des allégations, des réclamations ou des poursuites judiciaires à votre encontre ou à l'encontre de toute autre personne de votre organisation?	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non	
	<i>* Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails :</i> <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	

## Partie G – Abus Spécifiques (continuer)

Assurance précédente (3 ans)					
Assureur	Limite	Période	Établie sur la base des réclamations présentées	Établie sur la base des événements	Prime
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> au <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> au <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> au <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

## Partie H – Exigences En Matière De Couverture

Exigences en matière de couverture	Si l'espace est insuffisant pour répondre à une question, veuillez poursuivre dans la section « Renseignements complémentaires » à la fin du présent formulaire de souscription.		
	Limite d'indemnité	Couverture nécessaire	
<b>60. Responsabilité civile générale (exploitation et locaux), professionnelle et de gestion d'entreprise</b>			
Responsabilité civile générale (exploitation et locaux)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Véhicule n'appartenant pas à l'assuré	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Responsabilité locative	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avantages sociaux des employés	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Responsabilité de l'employeur	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Abus	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'assurance actuelle contre les abus est-elle établie sur la base des réclamations présentées?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui*	<input type="checkbox"/> Non
<i>Dans l'affirmative, indiquer la date de rétroactivité</i>	<input type="text"/>		
Responsabilité civile professionnelle :	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Responsabilité civile de gestion d'entreprise	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Assurance de biens	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pertes d'exploitation	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vols et détournements			
• Coût d'établissement des réclamations	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
• Fraude informatique et fraude relative à un transfert de fonds	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
• Intérêt des clients	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

## Partie H – Exigences en Matière de Couverture (continuer)

Exigences en Matière de Couverture		Si l'espace est insuffisant pour répondre à une question, veuillez poursuivre dans la section « Renseignements complémentaires » à la fin du présent formulaire de souscription.	
<b>Responsabilité civile générale (exploitation et locaux), professionnelle et de gestion d'entreprise</b>		Limite d'indemnité	Couverture nécessaire
• Malhonnêteté des employés et des bénévoles		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Falsification ou modification		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Argent et valeurs mobilières		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Couvertures supplémentaires disponibles</b>		Limite d'indemnité	Couverture nécessaire
Assurance responsabilité contre les cyberrisques		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Frais juridiques		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Questions sur le véhicule n'appartenant pas à l'assuré			
61. Nombre d'employés utilisant leur véhicule pour les besoins de l'entreprise?		Régulièrement :	Occasionnellement :
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
62. Coût annuel estimé de	Véhicules loués :	Véhicules utilisés dans le cadre d'un contrat	
	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	

Questions relatives à la responsabilité de l'employeur			
63. Nombre d'employés :	<input type="text"/>	Masse salariale :	<input type="text"/>
64. Tous les employés sont-ils couverts par la WSIB?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Questions relatives à la responsabilité civile de gestion d'entreprise – Fusions et acquisitions			
Pouvez-vous confirmer que :			
65. Au cours des trois dernières années, vous n'avez pas	a. fusionné avec une autre entité ou été racheté par une autre entité?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*
	b. acquis ou cédé des entités?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non*

## Partie H – Exigences en Matière de Couverture (continuer)

### Questions relatives à la responsabilité civile de gestion d'entreprise – Fusions et acquisitions

Pouvez-vous confirmer que :

66. Aucun projet de fusion ou de rachat par une autre société, d'acquisition ou de cession de vos activités n'est actuellement à l'étude?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
<p>* Si la réponse est « non », veuillez fournir tous les détails :</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	

Statut			
67. L'organisation est-elle	a. une société à responsabilité limitée?	<input type="checkbox"/> Oui*	<input type="checkbox"/> Non
	* Dans l'affirmative, veuillez fournir une ventilation en pourcentage des actions détenues dans l'organisation :		
	• administrateurs de l'organisation	<input type="text"/>	
	• membres des familles des administrateurs	<input type="text"/>	
	• institutions financières	<input type="text"/>	
• autre*	<input type="text"/>		
<p>* Si des actions figurent dans la catégorie « autre », veuillez fournir tous les détails :</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>Dans le cadre de cette question, le terme « institution financière » est pris dans son sens le plus large, c'est-à-dire une banque, une compagnie d'assurance, une société de capital risque, une société de construction, un fonds de placement, etc.</p>			
68. L'organisation possède-t-elle des filiales?		<input type="checkbox"/> Oui*	<input type="checkbox"/> Non
	* Dans l'affirmative, veuillez fournir une ventilation en pourcentage des actions détenues dans l'organisation :		
	• Sont-elles détenues à 100 % par l'organisation?	<input type="checkbox"/> Oui*	<input type="checkbox"/> Non
	<p>* Si la réponse est « non », veuillez fournir des détails et indiquer le montant de la participation minoritaire</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		

## Partie H – Exigences En Matière De Couverture (continuer)

Statut	
69. L'organisation est-elle une filiale d'une autre entreprise?	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
	<i>* Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions suivantes</i>
	a. Quel est le nom de la société de portefeuille finale? <input type="text"/>
	b. Quel est le pays d'enregistrement de la société de portefeuille finale? <input type="text"/>

Situation financière	
70. En ce qui concerne l'organisation et ses filiales, pouvez-vous confirmer que :	a. aucune n'a subi une perte avant impôt ou n'a eu une valeur nette négative (capital-actions plus réserves) au cours de l'un de ses deux derniers exercices complets ou s'attend à une perte avant impôt ou à une valeur nette négative au cours de l'exercice en cours? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	b. aucune n'est insolvable (le passif est supérieur à l'actif), en liquidation, ne fait l'objet d'une demande de mise en liquidation ou n'a publié un avis de convocation à une assemblée pour examiner une résolution en vue de la liquidation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	c. aucune ne fait l'objet d'une ordonnance administrative ou d'une demande d'ordonnance administrative? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	d. toutes sont en mesure de payer leurs dettes au fur et à mesure qu'elles arrivent à échéance? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	e. elles n'ont pas changé de vérificateurs au cours des deux dernières années? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	<i>* Si la réponse est « non », veuillez fournir tous les détails :</i> <input type="text"/>

## Partie H – Exigences En Matière De Couverture (continuer)

### Situation financière

71. Avez-vous eu plus d'un incident au cours des trois dernières années qui aurait pu faire l'objet d'une demande de règlement au titre de la couverture de l'assurance de frais juridiques?

Oui\*

Non

\* Dans l'affirmative, veuillez fournir une description.

--

### Assurance de biens

72. Déclaration des existences :

Pour plus de 3 sites, veuillez transmettre la liste des sites, y compris les informations du COPE

	Site 1	Site 2	Site 3
Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Occupation	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Existences	Site 1	Site 2	Site 3
Immeuble	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contenu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Marchandises	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BDTS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CDTS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assurance flottante biens divers	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Revenu d'entreprise	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frais supplémentaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Loyer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Salaires ordinaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Partie H – Exigences En Matière De Couverture (continuer)

Assurance de biens			
72. Déclaration des existences :	Pour plus de 3 sites, veuillez transmettre la liste des sites, y compris les informations du COPE		
COPE	Site 1	Site 2	Site 3
m <sup>2</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pourcentage couvert par les extincteurs	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Poste central d'incendie Alarme surveillée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Alarme contre le vol	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nombre d'étages	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Âge	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Modifications	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Construction des murs extérieurs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Construction des planchers	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Construction du toit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Montant indiqué relativement à la règle proportionnelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Base de règlement	<input type="checkbox"/> Valeur à neuf	<input type="checkbox"/> Valeur réelle	<input type="checkbox"/> Valeur réelle des marchandises
Revenu d'entreprise Période d'indemnisation	<input type="text"/> mois	Salaire ordinaire <input type="text"/>	<input type="text"/> jours
Couverture des pannes d'équipement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Couverture en cas de tremblement de terre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Couverture en cas d'inondation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Couverture en cas de refoulement des égouts	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Partie H – Exigences En Matière De Couverture (continuer)

**Dangers particuliers : (liquides inflammables/procédés thermiques/soudure) :**

**Limites d'extension spécifiques majorés :**

**Créanciers Hypothécaires/Bénéficiaires – Nom et adresse :**

### Questions relatives au vol et détournement

73. Veuillez indiquer le nombre de sites que vous possédez et le nombre d'employés au Canada	a. nombre de sites	<input type="text"/>
	b. responsables de l'argent et/ou des stocks et/ou des comptes et/ou des systèmes informatiques	<input type="text"/>
74. Pouvez-vous confirmer que vous supervisez et contrôlez les consultants, le personnel contractuel, le personnel temporaire ou les bénévoles de la même manière que vos propres employés?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	* Si la réponse est « non », veuillez fournir tous les détails : <div style="border: 1px solid black; height: 70px; width: 100%;"></div>	

## Partie H – Exigences En Matière De Couverture (continuer)

Questions relatives au vol et détournement		
75. Pouvez-vous confirmer que :	a. vous n'utilisez pas de chèques signés à l'avance?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	b. les contrôles de stock physique (si vous avez du stock) et d'inventaire sont effectués au moins une fois par an par des personnes autres que celles chargées du stock?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	c. pour toutes les personnes qui posent leur candidature à un emploi ou à un poste de bénévole <ul style="list-style-type: none"> <li>• en tant qu'analyste, programmeur ou opérateur informatique, ou</li> <li>• qui seront impliquées dans la gestion de l'argent, ou</li> <li>• qui seront responsables de l'argent, des livres ou des comptes des biens, vous obtenez des références écrites ou orales portant sur une période minimale de deux ans immédiatement avant leur emploi ou leur bénévolat?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	d. des vérificateurs externes professionnels vérifient vos comptes au moins une fois par an et dans les six mois suivant la fin de l'exercice, et toutes les recommandations sont appliquées?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	e. le paiement des biens et services est autorisé par un employé/bénévole qui n'est pas responsable de la commande ou de la certification de la réception de ces biens ou services?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	f. tous les chèques et autres instruments bancaires d'une valeur égale ou supérieure à 25 000 dollars nécessitent au minimum une double autorisation?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
* Si la réponse est « non », veuillez fournir tous les détails :		

## Partie I – Antécédents Du Risque

Historique des sinistres	Si l'espace est insuffisant pour répondre à une question, veuillez poursuivre dans la section Renseignements complémentaires à la fin du présent formulaire de souscription.	
76. Historique des sinistres sur cinq ans – Liste de tous les sinistres payés ou en cours de traitement.	Description de la réserve pour sinistres ou du montant du sinistre payé par l'assureur, franchise payée par l'assuré : ** Veuillez joindre les rapports de sinistres établis par l'assureur au présent formulaire. **	
77. Avez-vous connaissance d'autres incidents susceptibles de donner lieu à des réclamations à votre encontre?		<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
	<p>* Dans l'affirmative, veuillez préciser.</p> <div data-bbox="570 741 1502 915" style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	
78. Au cours des cinq dernières années, ni l'organisation ni aucune personne assurée ou proposant une assurance à laquelle le présent formulaire de souscription se rapporte :	a. n'a été visée par des réclamations, des poursuites, des procédures ou des enquêtes, qu'elles aient abouti ou non?	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
	b. n'a subi un sinistre ou présenté une réclamation (assurée ou non) qui aurait relevé de l'assurance proposée, que ce sinistre ou cette réclamation se rapporte ou non aux biens assurés ou à assurer?	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
	c. l'organisation ni aucune personne assurée ou proposant une assurance n'a connaissance, APRÈS ENQUÊTE, d'un événement ou d'un incident dont elle a des raisons de supposer qu'il pourrait donner lieu à une réclamation future qui relèverait de l'assurance arrivant à expiration ou de l'assurance proposée?	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
		<p>* Dans l'affirmative, veuillez préciser.</p> <div data-bbox="570 1677 1502 1852" style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>

## Partie J – Déclaration

Avis Au Demandeur :	
<p>Des rapports de consommateurs et d'assureurs précédents contenant des renseignements personnels, de crédit, factuels ou d'enquête sur le demandeur peuvent être demandés en rapport avec le présent formulaire de souscription d'assurance, ou tout renouvellement, toute extension ou modification de celle-ci. Toutes les clauses contenues dans les différents formulaires émis dans le cadre du présent contrat sont réputées contenues dans le présent formulaire de souscription d'assurance. La police peut être considérée comme nulle et les demandes de règlement peuvent être refusées dans les cas suivants :</p>	<p>1. Un demandeur de contrat :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. donne des informations fausses ou erronées au détriment de l'assureur; ou</li> <li>b. fait sciemment une fausse déclaration ou omet de divulguer dans le formulaire un fait qui doit y être mentionné; ou</li> </ul> <p>2. L'assuré contrevient à une clause du contrat ou commet une fraude; ou</p> <p>3. L'assuré fait délibérément une fausse déclaration concernant une demande de règlement au titre du contrat.</p> <p>JE CERTIFIE QUE TOUTES LES DÉCLARATIONS FAITES DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT COMPLÈTES ET EXACTES, QUE JE SUIS AUTORISÉ À CONCLURE UN CONTRAT AU NOM DE L'ASSURÉ ET QUE JE DEMANDE UN CONTRAT D'ASSURANCE SUR LA BASE DE LA VÉRACITÉ DE CES DÉCLARATIONS.</p> <p>J'ACCEPTÉ QUE LA PRÉSENTE DÉCLARATION FASSE PARTIE DU CONTRAT D'ASSURANCE.</p>
	<div style="flex: 1; padding: 5px;"> <p>Signature du demandeur</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> </div> <div style="flex: 1; padding: 5px;"> <p>Fonction du demandeur</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> </div>
<div style="flex: 1; padding: 5px;"> <p>Nom du demandeur (en caractères d'imprimerie)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> </div> <div style="flex: 1; padding: 5px;"> <p>Date</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> </div>	

## Renseignements Complémentaires

**Veillez fournir les renseignements complémentaires demandés dans le formulaire en indiquant le numéro de la question à laquelle vos commentaires se réfèrent.**

**Si l'espace est insuffisant, veuillez poursuivre sur une feuille séparée et la joindre au présent formulaire**

Question no

Renseignements complémentaires

--

--

FICHER 

## Avis Au Demandeur

### Les souscripteurs

Markel (Canada) Limitée souscrit des contrats pour le compte de Markel Syndicate 3000 du Lloyd's et de Markel International Insurance Company Limited.

Avant tout placement, le demandeur sera informé du nom de l'assureur qui souscrira le contrat d'assurance.

---

### Le Droit Du Contrat D'assurance

Les parties à cette proposition d'assurance sont libres de choisir la loi applicable au contrat d'assurance. À moins que vous n'en conveniez autrement avec les souscripteurs, le contrat proposé sera régi par la loi provinciale.

---