



## QUESTIONNAIRE SUR LA RESPONSABILITÉ DES ORGANISMES SPORTIFS

**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 officiel de l'organisme :**

---

---

2. **Personne-ressource :**

---

3. **Adresse postale :**

---

**Site Web :**

---

4. Période d'assurance : du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

5. Garantie demandée : \_\_\_\_\_ Montant demandé : \_\_\_\_\_

6. Nombre d'années en activité : \_\_\_\_\_

7. Activités sportives à assurer :

a)  Baseball  Basketball  Football  Crosse  Rugby  Soccer  
 Volleyball  Hockey sur gazon  Hockey sur patins à roués alignées  Autres : \_\_\_\_\_

b)  Équipes  Liges  École  Clubs  Autres : \_\_\_\_\_

8. Y a-t-il des jeux / tournois hors du Canada ? \_\_\_\_\_

9. Nombre de :

Participants / Membres totaux : \_\_\_\_\_

Âges : de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

Âges : de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

Âges : de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

Équipes Clubs : \_\_\_\_\_ Entraîneurs / Moniteurs salariés : \_\_\_\_\_

Entraîneurs bénévoles : \_\_\_\_\_ Arbitres / Officiels : \_\_\_\_\_

Autres types de bénévoles : \_\_\_\_\_

Les salariés sont-ils tous couvert par la CSST ou la CSPAAT ?  Oui  Non

Si non, indiquez combien ne le sont pas, par poste, ainsi que les salaires approximatifs :

Masse salariale : \_\_\_\_\_ Nbre de salariés : \_\_\_\_\_

10. Faites-vous appel à des entrepreneurs indépendants ?  Oui  Non

Si oui, nature des travaux et recettes :

Une preuve d'assurance de la Responsabilité Civile est-elle exigée des entrepreneurs ?  Oui  Non

Si non, précisez :

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

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

Si oui, précisez et annexe les copies des contrats :

11. Les entraîneurs sont-ils tous certifiés ?  Oui  Non

Si oui, par qui ?

12. Expérience des moniteurs et entraîneurs : \_\_\_\_\_

13. Précisions sur l'endroit où les sports sont pratiqués : \_\_\_\_\_

Quelles sont les installations destinées aux spectateurs ? \_\_\_\_\_

Y a-t-il des lieux dont le Proposant a la garde ou sur lesquels il a pouvoir de direction ou de gestion ?  Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

14. Affiliations: a) Nationales : \_\_\_\_\_

b) Internationales : \_\_\_\_\_

Le Proposant assume-t-il la responsabilité de tiers par contrat ? (Si oui, précisez et annexez les copies des contrats.)

15. Énumérez les entités que vous êtes **contractuellement tenu** de faire figurer comme Assuré supplémentaires (avec leur adresse) :

16. Avez-vous une assurance contre les accidents de sports en vigueur ?  Oui  Non

17. Remplissez-vous un rapport après chaque accident ?  Oui  Non

18. Les premiers soins sont-ils dispensés ?  Oui  Non

Si oui, par qui ? \_\_\_\_\_ Qualifications: \_\_\_\_\_

19. Faites-vous signer des décharges ?  Oui  Non  
**Si oui, annexez-en un exemplaire.**

20. Des activités accessoires doivent-elles être couvertes ?  Oui  Non

21. L'adhésion au régime d'assurance est-elle obligatoire pour les membres ?  Oui  Non

Si elle est facultative, nombre approximatif d'adhérents : \_\_\_\_\_

22. Nbre total d'événements sanctionnés devant avoir lieu pendant la période d'assurance : \_\_\_\_\_  
Nombre d'événements par saison, en moyenne : \_\_\_\_\_  
a) Locaux : \_\_\_\_\_ b) Provinciaux : \_\_\_\_\_  
c) Nationaux : \_\_\_\_\_ d) Internationaux : \_\_\_\_\_

23. Expliquez les modalités de sanction des épreuves (et annexe les documents pertinent) :  
\_\_\_\_\_

24. Prévoyez-vous accueillir des tournois sur invitation ?  Oui  Non  
Si oui, nombre total de joueurs : \_\_\_\_\_ Nbre total d'équipes : \_\_\_\_\_ Nbre total de matchs : \_\_\_\_\_

Les participants sont-ils tous membres de la ligue du Proposant ?  Oui  Non  
Si non, nombre de non-membres : \_\_\_\_\_

Les équipes non membres devront-elles fournir une preuve d'assurance ?  Oui  Non

25. Y a-t-il des activités ou risques aux É.-U. ?  Oui  Non  
Si oui, donnez des précisions détaillées, y compris le nombre de jours et de matchs aux É.-U. :

26. Des joueurs sont-ils hébergés ?  Oui  Non  
Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

27. Mode de transport : \_\_\_\_\_

28. Y a-t-il des activités de collecte de fonds ?  Oui  Non  
Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

29. Des banquets ?  Oui  Non  
Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

30. Des boissons alcooliques sont-elles servies ?  Oui  Non  
Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

31. Le Proposant est-il assuré actuellement ?  Oui  Non

Si oui, nom de l'assureur : \_\_\_\_\_ Prime : \_\_\_\_\_

L'assurance actuelle est-elle basée sur la date des réclamations ?  Oui  Non

Si oui, date limite de rétroactivité : \_\_\_\_\_

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 :

32. **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	Franchise	

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

Si oui, précisez :

33. **Assurance automobile des non-propriétaires**

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 : \_\_\_\_\_

34. **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

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)**



## SUPPLÉMENT RELATIVEMENT AUX COMMOTIONS

**PRIÈRE DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS. INDIQUEZ S. O. SI LES QUESTIONS NE S'APPLIQUENT PAS**

1. **Un plan a-t-il été élaboré et mis en oeuvre de façon à gérer les commotions?**  Oui  Non
- a) En ce qui concerne les activités exigeant le port du casque et autre équipement protecteur, ceci est-il approuvé par un organisme certificateur reconnu, faisant autorité?  s.o.  Oui  Non
- b) **Avant d'être autorisés à entraîner, les entraîneurs** complètent-ils une formation visant la sensibilisation aux commotions et la gestion de commotions potentielles?  Oui  Non
- c) Y a-t-il **une rencontre ou une distribution d'information** initiant les entraîneurs aux principes de base des premiers soins, de façon à ce que ceux-ci soient prêts à **administrer les premiers soins lors d'activités**, notamment les exercices, les matchs et les tournois?  Oui  Non
- d) **Lorsqu'un participant semble souffrir d'une blessure à la tête ou d'une commotion**, y a-t-il retrait immédiat de ce participant?  Oui  Non
- e) **Pour un joueur ayant subi ou susceptible d'avoir subi une blessure à la tête**, y a-t-il une directive de « retour au jeu » exigeant:
- i) Une visite chez un professionnel de la santé pour une évaluation et une autorisation?  Oui  Non
- et
- ii) **La signature d'un formulaire visant l'information/la sensibilisation aux blessures à la tête avant le retour à l'exercice ou au jeu (signature du parent/tuteur légal pour les jeunes joueurs)**  Oui  Non

**NOTE :** Ce supplément devient partie intégrante de la proposition et ne lie ni le Proposant ni la Compagnie à compléter cette assurance. **Cependant, dans l'éventualité où un contrat est établi, les informations contenues aux présentes en seront la base.**

**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.**

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du Proposant