

**Bureau de Montréal :** 1001, boul. De Maisonneuve O, bur. 900 Montréal, QC H3A 3C8  
T: 514-845-7861 ou 1-855-845-7861 | F: 514-844-7862 | www.assurancesum.ca

**Bureau de Toronto :** 18 King St. E. Suite 300 Toronto, ON M5C 1C4  
T: 416-603-7864 ou 1-877-603-7864 | F: 416-603-7861 | www.suminsurance.ca

## PROPOSITION – ASSURANCE DE LA RESPONSABILITÉ CIVILE UMBRELLA

Nom du Proposant : \_\_\_\_\_

Adresse du Proposant : Rue \_\_\_\_\_  
(adresse postale) Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Site Web et/ou courriel du Proposant (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

### 1. DESCRIPTION COMPLÈTE DE TOUTES LES ACTIVITÉS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2. LISTE DE TOUTES LES FILIALES ET SOCIÉTÉS AFFILIÉES

RAISON SOCIALE	NATURE DES ACTIVITÉS/ PRODUITS	PAYS	CHIFFRE D'AFFAIRES BRUT
			\$
			\$
			\$
			\$

### 3. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS LE PROPOSANT EXERCE-T-IL SES ACTIVITÉS ?

\_\_\_\_\_

4. TOUTES LES SOCIÉTÉS DOIVENT-ELLES ÊTRE ASSURÉES ?

Oui  Non Si non, expliquez pourquoi :

---



---

5. CHIFFRE D’AFFAIRES

CHIFFRE D’AFFAIRES	EXERCICE EN COURS	EXERCICE PRÉCÉDENT	EXERCICE ANTÉRIEUR	IL Y A 3 ANS
Canada	\$	\$	\$	\$
États-Unis	\$	\$	\$	\$
Ailleurs	\$	\$	\$	\$
Total	\$	\$	\$	\$

6. MONTANT DE GARANTIE

Montant de garantie demandé : \_\_\_\_\_ \$ Découvert demandé : \_\_\_\_\_ \$

7. RÉCLAMATIONS PAYÉES OU EN SUSPENS AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES

(annexez des feuilles au besoin) :

DATE	NATURE DU SINISTRE	MONTANT PAYÉ	MONTANT EN SUSPENS	FRAIS	ÉTAT
		\$	\$	\$	
		\$	\$	\$	
		\$	\$	\$	
		\$	\$	\$	
		\$	\$	\$	

8. RESPONSABILITÉ CIVILE AUTOMOBILE

(a) Nombre de véhicules dont le Proposant est propriétaire ou locataire, par catégorie :

Voitures de tourisme : \_\_\_\_\_

Véhicules utilitaires légers : \_\_\_\_\_

Véhicules lourds : \_\_\_\_\_

Tracteurs : \_\_\_\_\_

Remorques : \_\_\_\_\_

Autobus/Autocars : \_\_\_\_\_

(Nombre de sièges de chacun)

Total : \_\_\_\_\_

(b) Y a-t-il transport de substances inflammables, caustiques ou explosives ?  Oui  Non Si oui, précisez :

---

---

---

(c) Y a-t-il du transport longue distance ?  Oui  Non

Si oui, précisez et annexe les relevés de taxes sur le carburant (le cas échéant) :

---

---

## 9. AVIATION

(a) Nombre et type d'aéronefs appartenant au Proposant et nombre de sièges : \_\_\_\_\_

(b) Nombre et type d'aéronefs n'appartenant pas au Proposant et nombre de sièges :

---

(c) Des appareils sont-ils affrétés avec équipage ?  Oui  Non Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

(d) Le Proposant utilise-t-il ou exploite-t-il des lieux quelconques pour l'atterrissage d'aéronefs ?  Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

(e) Précisions sur toute assurance aviation en première ligne : \_\_\_\_\_

## 10. BATEAUX

Donnez toutes précisions utiles sur les bateaux appartenant au Proposant ou affrétés par lui ; indiquez pour chacun s'il en est propriétaire ou non :

---

---

Sont-ils couverts par les assurances en première ligne ?  Oui  Non

## 11. CHEMINS DE FER

Le Proposant exploite-t-il un chemin de fer, un embranchement ou une voie d'évitement ?

Oui  Non Si oui, précisez :

---

---

## 12. RISQUE NUCLÉAIRE

Le Proposant utilise-t-il des radio-isotopes ou d'autres substances radioactives dans ses activités ?

Oui  Non Si oui, précisez :

---

---

### 13. PUBLICITÉ

(a) Indiquez toutes les activités à la radio, à la télévision, sur Internet et d'édition prévues pour les 12 prochains mois :

\_\_\_\_\_

(b) Dépenses de publicité du Proposant pour les 12 prochains mois : \_\_\_\_\_ \$

(c) Le Proposant a-t-il un contrat avec une agence de publicité ?  Oui  Non

Si oui, l'agence a-t-elle une assurance qui protège les intérêts de ses clients ?  Oui  Non Si oui, précisez :

\_\_\_\_\_

### 14. RESPONSABILITÉ PATRONALE

Masse salariale : \_\_\_\_\_ \$ Nombre de salariés : \_\_\_\_\_

(a) Les salariés sont-ils tous couverts par la CSST ?  Oui  Non Si non, précisez :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(b) Le Proposant a-t-il une assurance de la responsabilité patronale pour tous les salariés non couverts par la CSST ?

Oui  Non Si non, précisez : \_\_\_\_\_

(c) Le Proposant a-t-il une assurance de la responsabilité patronale éventuelle pour tous les salariés couverts par la CSST ?

Oui  Non Si non, précisez : \_\_\_\_\_

### 15. RESPONSABILITÉ CIVILE ASSUMÉE PAR CONTRAT

Obligations contractuelles inhabituelles du Proposant ou circonstances pour lesquelles le Proposant a convenu d'assumer les obligations d'un tiers  Aucune S'il y en a, précisez :

\_\_\_\_\_

### 16. SOIN, GARDE OU CONTROLE

Liste de tous les lieux occupés par le Proposant mais ne lui appartenant pas et d'une valeur approximative supérieure à 10 000 \$ :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 17. RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

Les risques suivants sont-ils présents ? Si oui, donnez toutes précisions utiles :

(a) Hôpital, clinique, centre de premiers soins ?  Oui  Non \_\_\_\_\_

(b) La responsabilité individuelle des médecins ou infirmières salariés est-elle couverte ?  Oui  Non \_\_\_\_\_

(c) Le Proposant offre-t-il des services de conseils à titre onéreux ?  Oui  Non \_\_\_\_\_

(d) L'assurance en première ligne couvre-t-elle les activités professionnelles ci-dessus ?

Oui  Non Si non, précisez :

\_\_\_\_\_

## 18. RESPONSABILITÉ CIVILE INDIRECTE

(a) Le Proposant recourt-il à des entrepreneurs indépendants ?  Oui  Non

(b) Leur demande-t-il des attestations d'assurance ?  Oui  Non Si oui, pour quel montant ?

(c) Coût annuel des travaux effectués par les entrepreneurs indépendants : \_\_\_\_\_

## 19. LES ASSURANCES EN PREMIÈRE LIGNE (AUTRES QU'AUTOMOBILE) COMPORTENT-ELLES LES GARANTIES SUIVANTES ?

	OUI	NON		OUI	NON
RC Produits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Risques Après travaux (formule étendue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Montant global par période d'assurance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RC relative à l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frais de défense en sus du montant de garantie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Explosion, effondrement, reprise en sous œuvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Automobile des non-proprétaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responsabilité locative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extension de la garantie aux employés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Garantie Monde entier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recours entre coassurés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RC en matière d'avantages sociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domages matériels graduels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frais de lutte contre les feux de forêt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préjudice personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RC Pollution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domages matériels (formule étendue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Domages-intérêts punitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 20. TABLEAU DES ASSURANCES EN PREMIÈRE LIGNE :

ASSURANCE	ASSUREUR	PÉRIODE D'ASSURANCE	MONTANTS	MONTANT GLOBAL PAR PÉRIODE D'ASS. (S'IL Y A LIEU)	POLICE N°	PRIME ANNUELLE

## 21. ASSURANCES UMBRELLA EXISTANTES :

(a) Assureur : \_\_\_\_\_

(b) Montant : \_\_\_\_\_

(c) Date d'expiration : \_\_\_\_\_

(d) Prime : \_\_\_\_\_

La présente proposition et ses suppléments n'obligent 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 et les suppléments serviront de base au contrat.

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 DU 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, PRÉVENIR OU DÉTECTER LA FRAUDE ET DÉTERMINER LES SINISTRES ANTÉRIEURS.

Signature du Proposant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom et titre : \_\_\_\_\_  
(en majuscules)

NOM DU COURTIER : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

FAX : \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_



**Bureau de Montréal :** 1001, boul. De Maisonneuve O, bur. 900 Montréal, QC H3A 3C8  
T: 514-845-7861 ou 1-855-845-7861 | F: 514-844-7862 | [www.assurancesum.ca](http://www.assurancesum.ca)

**Bureau de Toronto :** 18 King St. E. Suite 300 Toronto, ON M5C 1C4  
T: 416-603-7864 ou 1-877-603-7864 | F: 416-603-7861 | [www.suminsurance.ca](http://www.suminsurance.ca)