

**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

## MARIJUANA : PROPOSITION RESPONSABILITÉ CIVILE GÉNÉRALE ET RESPONSABILITÉ CIVILE PRODUITS

### IMPORTANT :

1. De préférence tapez ou écrivez au stylo Nonir les réponses aux questions de la proposition. Celle-ci doit être signée par un directeur ou un associé du Proposant.
2. Répondez à toutes les questions; sinon, Nonus ne pourrons pas fournir de devis ou de renseignements. La soumission de la présente proposition dûment remplie et signée n'oblige pas le Proposant ou les Souscripteurs à conclure un contrat d'assurance.
3. En cas d'espace insuffisant pour répondre en entier à toute question, continuez sur votre papier à en-tête et annexe-le à la proposition.
4. Vous devez déclarer aux Souscripteurs tous les faits importants. Un fait important est un fait de nature à influencer sur le jugement d'un assureur prudent et sur la décision d'accepter ou Nonn la proposition. En cas de doute sur l'importance de certains renseignements, alors vous devez les déclarer.

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Raison sociale de toutes les entreprises à assurer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Site Web : \_\_\_\_\_

Adresse légale : Rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

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

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Numéro de Licence de Santé Canada : : \_\_\_\_\_

Date d'établissement de l'entreprise : \_\_\_\_\_ Date d'effet demandée pour l'assurance : \_\_\_\_\_

Nature exacte des activités :  Dispensaire

Fabrication de produits

Laboratoire

Culture de marijuana – Distribution – À l'intérieur

Magasin de détail

Culture de marijuana – Distribution – À l'extérieur

## 1. RESPONSABILITÉ CIVILE GÉNÉRALE

Précisions sur les locaux dont vous êtes propriétaire ou occupant :

---

---

---

Les locaux sont-ils dans un centre commercial linéaire ou un immeuble à pluralité de locataires ?  Oui  Non

Nature des biens des tiers aux alentours, y compris les distances et cours d'eau :

---

---

---

Du travail est-il effectué hors de vos locaux (autre que la collecte et la livraison de marchandises) ?

Oui  Non Si oui, précisez.

---

---

---

## 2. ESTIMATION DES VENTES ANNUELLES BRUTES

- a) Propre fabrication \_\_\_\_\_ \$  
b) Vente en gros \_\_\_\_\_ \$  
c) Autres (précisez) \_\_\_\_\_ \$

## 3. EXPORTATIONS (INCLUSES EN 2. CI-DESSUS). INDIQUEZ LES VENTES ANNUELLES BRUTES ESTIMÉES DANS LES PAYS SUIVANTS :

	PROPRE FABRICATION	VENTE EN GROS	AUTRES
a) Canada	\$	\$	\$
b) Pays de l'Union européenne	\$	\$	\$
c) États-Unis (Non couvert)	\$	\$	\$
d) Royaume Uni	\$	\$	\$
e) Reste du monde	\$	\$	\$

#### 4. PRODUITS

Nature des produits

- Marijuana médicinale
- Marijuana récréative
- Marijuana récréative – Aliments
- Marijuana récréative – Boissons
- Pilules ou gélules
- Autres (Précisez) : \_\_\_\_\_

Si vous fournissez des produits qui ne sont pas fabriqués par vous, maintenez-vous tous vos droits de recours contre les fabricants et/ou fournisseurs ?

Oui  Non

Les fabricants ou fournisseurs ont-ils une assurance de la responsabilité civile Produits en vigueur pour au moins les montants demandés ici ?

Oui  Non

Les produits sont-ils conformes à toutes les exigences pertinentes ci-dessous :

a) Normes de l'industrie et du commerce, réglementation gouvernementale sur la sécurité et les licences ou lois locales équivalentes ?

Oui  Non

b) Normes officielles ou réglementation gouvernementale des pays où les produits sont exportés ?

Oui  Non

Prévoyez-vous commercialiser de nouveaux produits au cours des 12 prochains mois ?

Oui  Non

If Oui, please provide details.

\_\_\_\_\_

#### 5. ASSURANCE DE LA RESPONSABILITÉ CIVILE GÉNÉRALE DES ENTREPRISES – MONTANTS DEMANDÉS

Resp. civile générale \_\_\_\_\_ \$  Par sinistre  Assurance basée sur la survenance des sinistres

Responsabilité civile Produits \_\_\_\_\_ \$  Par réclamation  Assurance basée sur la date des réclamations

Date limite de rétroactivité et montant de l'assurance actuelle \_\_\_\_\_

Franchise demandée \_\_\_\_\_ \$

#### RENSEIGNEMENTS POUR L'ASSURANCE DE LA RESPONSABILITÉ CIVILE

##### 6. EXPÉRIENCE DANS LE DOMAINE DU CANNABIS :

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

##### 7. CERTIFICATIONS, ASSOCIATIONS, ETC.

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

## 8. RENSEIGNEMENTS SUR LES INSTALLATIONS DE CULTURE

a) Le Proposant cultive-t-il du cannabis destiné à être distribué à des fins récréatives ?  Oui  Non  
Si oui, pourcentage des recettes : \_\_\_\_\_ %

b) Le Proposant tient-il des dossiers distincts pour les produits médicaux et récréatifs ?  Oui  Non  
 Clôturés  Grillagés  Zone verrouillée

c) Nombre maximum de plants sur les lieux à la fois \_\_\_\_\_

d) Des produits du cannabis sont-ils fabriqués, mélangés, étiquetés et réétiquetés par le Proposant, y compris les produits connexes ?  Oui  Non

e) Date de la dernière inspection de Santé Canada \_\_\_\_\_

f) Le Proposant fait-il appel à un laboratoire indépendant pour analyser son cannabis ?  Oui  Non

**Si Oui**, tous les rapports d'analyse reçus de ce laboratoire indiquent-ils ce qui suit :

L'absence de contamination des produits par des pesticides ?  Oui  Non

L'absence de contamination des produits par des bactéries ?  Oui  Non

L'absence de contamination des produits par des moisissures ?  Oui  Non

L'absence de contamination des produits par des métaux lourds ?  Oui  Non

L'absence de contamination des produits par des résidus de solvants ?  Oui  Non

Les caractéristiques cannabinoïdes ? (ATHC, delta8-THC, delta9-THC, ACBD, CBD) ?  Oui  Non

La teneur en terpène ?  Oui  Non

Si non, comment le Proposant s'assure-t-il de la pureté des produits ?

---

---

---

---

## FABRICATION ET TRANSFORMATION

9. DONNEZ LA LISTE COMPLÈTE DES PRODUITS FABRIQUÉS OU TRANSFORMÉS :

---

---

---

---

10. A-T-IL DE LA FABRICATION OU DE LA TRANSFORMATION QUI SE FAIT À L'EXTÉRIEUR ?

Oui  Non Si oui, nombre d'acres approximatif \_\_\_\_\_

11. CERTAINES ACTIVITÉS DE PRODUCTION NÉCESSITENT-ELLES L'EMPLOI D'UNE FLAMME NUE, DE LA FRITURE OU D'AUTRES MÉTHODES DE CUISSON ?

Oui  Non Si oui, précisez :

---

---

12. FAITES-VOUS L'EXTRACTION D'HUILES OU DE CONCENTRÉS DE CANNABIS ?

Oui  Non Si oui, par quelle méthode ? \_\_\_\_\_

La méthode est-elle certifiée ?  Oui  Non

13. QUELLE EST LA PLUS FORTE CONCENTRATION (%) ET DOSE (MG) DE CANNABINOÏDES ACTIFS PAR PORTION CONTENUE DANS LE PRODUIT LE PLUS PUISSANT DU PROPOSANT (DOSE LA PLUS FORTE) ?

---

---

14. NOM DU PRODUIT, CONCENTRATION (%) ET DOSE (MG) DE CANNABINOÏDES ACTIFS PAR PORTION :

---

---

15. LE PROPOSANT PRODUIT-IL LES CARTOUCHES INDIVIDUELLES POUR LES VAPORISATEURS ?

Oui  Non Si oui, veuillez joindre une copie de l'étiquette et de l'emballage des cartouches montrant les mises en garde et l'avis de non-responsabilité.

16. LES PRODUITS CONTENANT DU CANNABIS QUI SONT FABRIQUÉS ET DISTRIBUÉS PAR LE PROPOSANT SONT-ILS TOUS VENDUS DANS DES EMBALLAGES OU CONTENANTS À L'ÉPREUVE DES ENFANTS ?  Oui  Non

17. LE PROPOSANT A-T-IL CONSULTÉ UN AVOCAT POUR DÉTERMINER LES RENSEIGNEMENTS À FAIRE FIGURER SUR L'ÉTIQUETTE : MISES EN GARDE, AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ, AVIS DE CONTRADICTIONS ET LISTE DES INGRÉDIENTS?  Oui  Non

18. LE PROPOSANT A-T-IL UN PLAN ÉCRIT DE RAPPEL DES PRODUITS ?  Oui  Non

## 19. RÉPARTITION DES VENTES

PRODUITS/OPÉRATIONS/SERVICES	CANADA	AILLEURS (PRÉCISEZ)
PRODUITS MÉDICAUX	NOTE : AUCUNE GARANTIE POUR LES VENTES AUX É.-U.	
Recettes annuelles brutes tirées du cannabis médicinal (feuilles, bourgeons, fleurs et retailles)	\$	\$
Recettes annuelles brutes tirées de produits médicaux imprégnés de cannabis (produits boulangés, bonbons, aliments, boissons)	\$	\$
Recettes annuelles brutes tirées des cartouches d'huile ou concentrés de cannabis médicinal pour les vaporisateurs	\$	\$
PRODUITS RÉCRÉATIFS		
Recettes annuelles brutes tirées du cannabis (feuilles, bourgeons, fleurs et retailles)	\$	\$
Recettes annuelles brutes tirées de produits imprégnés de cannabis (produits boulangés, bonbons, aliments, boissons)	\$	\$
Recettes annuelles brutes tirées des cartouches d'huile ou concentrés de cannabis pour les vaporisateurs	\$	\$
<b>Autres</b>	\$	\$
<b>Recettes brutes tirées des produits du chanvre</b>	\$	\$
<b>Total</b>	\$	\$

## 20. EXPORTATIONS

a) Description complète de tous les produits exportés et pourcentage approximatif des ventes annuelles brutes totales de chaque produit :

---



---

b) Depuis combien de temps produisez-vous chaque produit ? \_\_\_\_\_

c) Depuis combien de temps exportez-vous ces produits ? \_\_\_\_\_

d) Vous conformez-vous aux lois fédérales des États régissant chaque produit ?  Oui  Non

e) Principal moyen d'exportation :

(i) Succursales directement dans le pays  Oui  Non Si oui, précisez.

---



---

Les succursales ont-elles leur propre assurance Produits ?  Oui  Non

(ii) Incorporation dans les pièces de machines ou marchandises vendues directement par d'autres fabricants  Oui  Non

(iii) Vente dans le pays d'origine à un commissionnaire-vendeur  Oui  Non

(f) Le vendeur ou le fournisseur a-t-il une assurance de responsabilité civile Produits ?  Oui  Non

Montant de garantie, s'il est connu : \_\_\_\_\_ \$

## 21. RISQUES

a) Avez-vous des représentants hors de votre territoire principal ?  Oui  Non Si oui, précisez.

---

---

b) Faites-vous des visites ou du travail outre-mer ?  Oui  Non

Si oui, précisez, en distinguant le travail manuel et non manuel et en indiquant les lieux d'exécution.

---

---

## 22. IMPORTATIONS

De quels pays importez-vous des produits, le cas échéant, et quel est le pourcentage approximatif des ventes annuelles brutes totales pour chaque pays ?

---

---

---

## 23. CONCEPTION/DEVIS

a) Donnez toutes précisions utiles sur les produits ci-dessous et le pourcentage des ventes annuelles brutes totales :

(i) Produits fabriqués ou fournis selon votre propre conception, devis ou formulation

---

---

(ii) Produits fabriqués ou fournis selon la conception, le devis ou la formulation d'un client

---

---

(b) Avez-vous une équipe de concepteurs distincte ?  Oui  Non

Si oui, quelles sont leurs qualifications techniques et leur expérience pratique

---

---

## 24. CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

Avez-vous un rapport écrit sur le contrôle de la qualité ?  Oui  Non

Si oui, veuillez en joindre un exemplaire ou indiquez ses principaux points.

---

---

Le contrôle de la qualité comporte-t-il :

a) Des normes ou procédures minimales précises ?  Oui  Non Si oui, énoncez-les.

---

---

b) L'analyse d'un pourcentage d'échantillons des produits ?  Oui  Non Si oui, précisez.

---

---

c) Des inspections d'échantillons des matières premières et pièces qui sont reçues ?  Oui  Non

d) Quelles sont les procédures en place pour traiter les plaintes des clients ?

---

---

e) Tenez-vous des dossiers des plaintes ?  Oui  Non

Si oui, pendant combien de temps ? \_\_\_\_\_

f) Est-il possible de retracer le dernier client des produits individuels ou des lots pour les rappels ?  Oui  Non

g) Avez-vous une procédure de rappel d'urgence des produits ?  Oui  Non

h) Précisions sur les produits retirés ou rappelés du marché au cours des 10 dernières années :

---

---

## 25. DOSSIERS

Avez-vous un système de classement des dossiers adéquat qui permettrait de connaître :

a) La source des produits, matières premières ou composants achetés ?  Oui  Non

b) La source de la conception des produits fabriqués ?  Oui  Non

c) Les procédures de contrôle de la qualité et d'analyse au moment de la conception et de la fabrication ?  Oui  Non

d) Les recherches effectuées afin de réduire les risques pour la santé et la sécurité ?  Oui  Non

e) Pendant combien de temps conservez-vous les dossiers visés en a), b), c) et d) ? \_\_\_\_\_



## 26. SINISTRES

Y-a-t-il eu au cours des 5 dernières années des réclamations pour des sinistres ayant entraîné ou prétendument entraîné la mort de tiers, des blessures ou des maladies à des tiers ou des dommages à leurs biens ? Avez-vous connaissance de circonstances susceptibles d'entraîner une réclamation ?  Oui  Non Si oui, précisez.

DATE DU SINISTRE	DONNEZ UN RÉSUMÉ DE L'ÉVÉNEMENT ET INDIQUEZ S'IL A ENTRAÎNÉ UNE RÉCLAMATION	MONTANT PAYÉ	PROVISIONS EN SUSPENS CHEZ L'ASSUREUR	TOTAL ENCOURU
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$

## 27. MONTANTS DE GARANTIE POUR LA RESPONSABILITÉ CIVILE GÉNÉRALE ET PRODUITS Montants

Limit demandé : \_\_\_\_\_ \$

## 28. ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE

HUn assureur a-t-il déjà refusé votre proposition, résilié votre contrat ou refusé de le renouveler ?  Oui  Non Si oui, précisez.

---



---



---



---

La présente proposition et les suppléments qui y sont éventuellement annexés 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 serviront de base au contrat.

JE 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 MON/NOTRE 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 : \_\_\_\_\_

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)