

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 D'ASSURANCE DE LA RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE – PROFESSIONS DIVERSES

Nom et prénom/Raison sociale du Proposant : _____

Adresse du siège social : _____

Succursale : _____

Date de fondation : Jour _____ Mois _____ Année _____

Téléphone : _____ Fax : _____ Courriel : _____

Site Web : _____

1. NOMS ANTÉRIEURS DU PROPOSANT/DE LA SOCIÉTÉ :

NOM	DATE DE FONDATION	DATE DE FERMETURE

2. LE PROPOSANT EST-IL ENGAGÉ PAR D'AUTRES À TITRE D'EMPLOYÉ ? Oui Non

3. ASSOCIÉS ET DIRIGEANTS

NOM (JOINDRE CV)	UNIVERSITÉ FRÉQUENTÉE	DIPLÔME	ANNÉE	AUTORISÉ À EXERCER DANS LES PROVINCES SUIVANTES

4. NOMBRE TOTAL DE PERSONNES DANS CHACUN DES GROUPES SUIVANTS :

- a) Associés, administrateurs ou dirigeants : _____
- b) Personnel qualifié : _____
- c) Autre personnel technique : _____
(sauf personnel administratif)
- d) Personnel administratif et autre : _____
- Total : _____

5. EXERCEZ-VOUS SEUL(E) ? Oui Non

- a) S'agit-il d'un travail à temps partiel ? Oui Non

Si oui, donnez quelques précisions sur votre profession à plein temps actuelle.

- b) Quelles dispositions avez-vous prises pour assurer la bonne marche de votre société si vous êtes malade ou en vacances ?

6. VEUILLEZ DONNER UNE DESCRIPTION COMPLÈTE ET PRÉCISE DES ACTIVITÉS DE LA OU DES SOCIÉTÉS DÉSIGNÉES EN 1 ET INDIQUER LE POURCENTAGE APPROXIMATIF DU TRAVAIL DANS CHAQUE CAS :

ACTIVITÉS	% DU TRAVAIL
	%
	%
	%
	%
	%
TOTAL	%

7. a) Y A-T-IL EU DES CHANGEMENTS IMPORTANTS DANS LES ACTIVITÉS OU LA STRUCTURE DE LA SOCIÉTÉ AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?

Oui Non Si oui, donnez toutes précisions utiles :

b) PRÉVOYEZ-VOUS DES CHANGEMENTS IMPORTANTS DANS LES ACTIVITÉS OU LA STRUCTURE DE LA SOCIÉTÉ AU COURS DES 12 PROCHAINS MOIS ?

Oui Non Si oui, donnez toutes précisions utiles :

c) VOULEZ-VOUS ASSURER DES ACTIVITÉS PRÉCÉDENTES QUI ONT CESSÉ ET QUI SONT DIFFÉRENTES DE CELLES DÉCLARÉES À LA QUESTION 6 ?

Oui Non Si oui, donnez toutes précisions utiles :

d) LA SOCIÉTÉ OU DES ASSOCIÉS, DIRIGEANTS OU ADMINISTRATEURS SONT-ILS LIÉS OU ASSOCIÉS (FINANCIÈREMENT OU AUTREMENT) À UN AUTRE CABINET OU UNE AUTRE SOCIÉTÉ ?

Oui Non Si oui, donnez toutes précisions utiles :

8. REVENU BRUT/HONORAIRES BRUTS DES TROIS DERNIERS EXERCICES ET ESTIMATION POUR LE PROCHAIN EXERCICE DES SOMMES QUI SERONT FACTURÉES AUX CLIENTS, PAR ZONE :

EXERCICE	CANADA	ÉTATS-UNIS	AILLEURS
Estimation pour le prochain exercice se terminant le _____			

9. a) VEUILLEZ INDIQUER LES TROIS PLUS IMPORTANTS CONTRATS DE LA SOCIÉTÉ AU COURS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES :

NATURE DES SERVICES ET PAYS	HONORAIRES	VALEUR	DÉBUT	FIN

b) QUEL EST LE REVENU/MONTANT D'HONORAIRES LE PLUS ÉLEVÉ PROVENANT D'UN MÊME CLIENT AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS ? _____ \$

10. a) POURCENTAGE DES HONORAIRES DE LA SOCIÉTÉ VERSÉS AUX SOUS-TRAITANTS : _____ %

b) DONNEZ DES PRÉCISIONS SUR LES TRAVAUX EFFECTUÉS PAR LES SOUS-TRAITANTS :

11. a) EST-CE QUE LA SOCIÉTÉ OU TOUT ASSOCIÉ, ADMINISTRATEUR OU DIRIGEANT AGIT POUR LE COMPTE D'UNE ENTREPRISE – OU EFFECTUE DES TRAVAUX POUR UNE ENTREPRISE – DANS LAQUELLE LA SOCIÉTÉ OU UN ASSOCIÉ, ADMINISTRATEUR OU DIRIGEANT A UN INTÉRÊT FINANCIER ?

Oui Non Si oui, donnez toutes précisions utiles :

b) POURCENTAGE DU REVENU/DES HONORAIRES TIRÉ DES TRAVAUX EFFECTUÉS POUR LA SOCIÉTÉ SUSDITE : _____ %

c) VOULEZ-VOUS ASSURER CES TRAVAUX ? Oui Non

12. LA SOCIÉTÉ OU TOUT ASSOCIÉ, DIRIGEANT OU ADMINISTRATEUR SONT-ILS MEMBRES D'UN CONSORTIUM OU D'UNE COENTREPRISE ?

Oui Non Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

a) Nom du consortium : _____

b) Nature des services fournis : _____

c) Revenu/honoraires annuels provenant de ce contrat : _____

13. LESQUELLES DES EXTENSIONS DE GARANTIE SUIVANTES VOULEZ-VOUS SOUSCRIRE, SI ELLES SONT OFFERTES ?

- Diffamation orale ou écrite
- Perte de documents
- Violation involontaire du droit d'auteur
- Violation involontaire de la confidentialité
- Responsabilité civile découlant de la malhonnêteté d'associés, d'administrateurs, de dirigeants ou d'employés
- Propres pertes du Proposant découlant de la malhonnêteté d'associés, d'administrateurs, de dirigeants ou d'employés

14. LE PROPOSANT A-T-IL DÉJÀ ÉTÉ ASSURÉ POUR SA RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE ?

Oui Non Si oui, précisez :

Nom de l'assureur : _____

Date d'expiration du contrat : _____ Montant de garantie : _____

Franchise : _____ Date limite de rétroactivité : _____

Base de l'assurance (date des réclamations ou survenance des dommages) : _____

Si non, précisez :

15. a) À LA CONNAISSANCE DU PROPOSANT, Y A-T-IL DÉJÀ EU DES RÉCLAMATIONS CONTRE LUI, SES PRÉDÉCESSEURS DANS L'ENTREPRISE OU DES ASSOCIÉS OU DIRIGEANTS ACTUELS OU PASSÉS ? Oui Non

b) LE PROPOSANT A-T-IL CONNAISSANCE D' ACTIONS, D'ERREURS, D'OMISSIONS OU DE CIRCONSTANCES SUSCEPTIBLES D'ENTRAÎNER UNE RÉCLAMATION CONTRE LUI, SES PRÉDÉCESSEURS DANS L'ENTREPRISE OU DES ASSOCIÉS OU DIRIGEANTS ACTUELS OU PASSÉS ? Oui Non

En cas de réponse affirmative en 15. a) ou 15. b), veuillez remplir le formulaire ci-joint sur les SINISTRES ANTÉRIEURS.

REMARQUE : SONT EXCLUES DU CONTRAT LES RÉCLAMATIONS OU CIRCONSTANCES DÉCLARÉES EN 15. a) OU 15. b) AINSI QUE TOUTES ACTIONS, ERREURS, OMISSIONS OU CIRCONSTANCES SUSCEPTIBLES D'ENTRAÎNER UNE RÉCLAMATION ET DONT LE PROPOSANT AVAIT CONNAISSANCE AVANT LA PRISE D'EFFET DU CONTRAT.

16. DES ASSOCIÉS, DIRIGEANTS, ADMINISTRATEURS OU PROFESSIONNELS LIBÉRAUX SALARIÉS ONT-ILS FAIT L'OBJET D'UNE SUSPENSION DE PERMIS, D'UNE AMENDE OU D'UNE RÉPRIMANDE AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES ?

Oui Non Si oui, précisez : _____

17. À LA CONNAISSANCE DU PROPOSANT, LUI-MÊME, SES ASSOCIÉS OU DIRIGEANTS ACTUELS, SES PRÉDÉCESSEURS DANS L'ENTREPRISE OU DES ASSOCIÉS OU DIRIGEANTS PASSÉS SE SONT-ILS DÉJÀ VU REFUSER OU RÉSILIER UNE ASSURANCE ?

Oui Non Si oui, précisez : _____

18. INDIQUEZ LES ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES AUXQUELLES LE PROPOSANT APPARTIENT :

19. QUELLE EST LA DATE DE CLÔTURE DE VOTRE EXERCICE ? _____

20. ASSURANCE DEMANDÉE

MONTANTS

- 250 000 \$ / 500 000 \$
- 500,000 \$ / 1,000,000 \$
- 1,000,000 \$ / 1,000,000 \$
- 1,000,000 \$ / 2,000,000 \$
- 2,000,000 \$ / 2,000,000 \$
- 3,000,000 \$ / 3,000,000 \$
- 4,000,000 \$ / 4,000,000 \$
- 5,000,000 \$ / 5,000,000 \$
- Autre : _____

FRANCHISE

- 2,500 \$ (min.)
- 5,000 \$
- 10,000 \$
- 25,000 \$
- 50,000 \$
- Autre : _____

Nous déclarons que les renseignements ci-dessus sont conformes à la vérité et que nous n'avons omis ou faussement déclaré aucun fait important. Nous reconnaissons que la présente proposition servira de base à la note de couverture ou au contrat d'assurance établi(e) par l'assureur, le cas échéant, et que les montants de garantie et franchises applicables seront ceux stipulés dans la note de couverture ou le contrat.

Il est entendu que la proposition n'oblige pas l'assureur à accorder l'assurance ni le Proposant à la souscrire.

Il est également entendu que si, après la transmission de la proposition à l'assureur et avant la date d'effet de l'assurance, le Proposant a connaissance de renseignements visés par la question 15. a) ou 15. b), lesdits renseignements seront immédiatement communiqués par écrit à l'assureur.

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

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

HISTORIQUE DE RÉCLAMATIONS

Nom du proposant : _____

Date: _____

Nom du réclamant : _____

Nom du projet et emplacement : _____

Date de réclamation : _____

Description de la réclamation : _____

POURSUIITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Régulé <input type="checkbox"/> Fermé
MONTANT RÉCLAMÉ	\$
RÉSERVE INDEMNITÉ	\$
RÉSERVE DÉPENSE	\$
INDEMNITÉ PAYÉE	\$
DÉPENSES PAYÉES	\$

Nom du réclamant : _____

Nom du projet et emplacement : _____

Date de réclamation : _____

Description de la réclamation : _____

POURSUIITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Régulé <input type="checkbox"/> Fermé
MONTANT RÉCLAMÉ	\$
RÉSERVE INDEMNITÉ	\$
RÉSERVE DÉPENSE	\$
INDEMNITÉ PAYÉE	\$
DÉPENSES PAYÉES	\$

Nom du réclamant : _____

Nom du projet et emplacement : _____

Date de réclamation : _____

Description de la réclamation : _____

POURSUIITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Régulé <input type="checkbox"/> Fermé
MONTANT RÉCLAMÉ	\$
RÉSERVE INDEMNITÉ	\$
RÉSERVE DÉPENSE	\$
INDEMNITÉ PAYÉE	\$
DÉPENSES PAYÉES	\$

Nom du réclamant : _____

Nom du projet et emplacement : _____

Date de réclamation : _____

Description de la réclamation : _____

POURSUIITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Régulé <input type="checkbox"/> Fermé
MONTANT RÉCLAMÉ	\$
RÉSERVE INDEMNITÉ	\$
RÉSERVE DÉPENSE	\$
INDEMNITÉ PAYÉE	\$
DÉPENSES PAYÉES	\$

Nom du réclamant : _____

Nom du projet et emplacement : _____

Date de réclamation : _____

Description de la réclamation : _____

POURSUIITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Régulé <input type="checkbox"/> Fermé
MONTANT RÉCLAMÉ	\$
RÉSERVE INDEMNITÉ	\$
RÉSERVE DÉPENSE	\$
INDEMNITÉ PAYÉE	\$
DÉPENSES PAYÉES	\$