



DEMANDE D'ASSURANCE EXCÉDENTAIRE/COMPLÉMENTAIRE, CGL

AXIS REINSURANCE COMPANY (SUCCURSALE CANADIENNE)

70 York Street, Suite 1010, Toronto, ON. M5J 1S9

Téléphone : (416) 361-7200 | Sans frais : (866) 991-7141 | Télécopieur : (416) 361-7225

www.axiscapital.com/canada/insurance/casualty/primary-excess-casualty

DIRECTIVES :

Veillez répondre à toutes les questions. Ces informations sont nécessaires pour procéder à une évaluation de la souscription et de la tarification. Vos réponses ci-dessous sont considérées comme importantes pour cette évaluation.

Si une question n'est pas applicable, indiquez S.O. Si vous avez besoin de plus d'espace pour répondre à une question, veuillez joindre une annexe indiquant le numéro de la question

La présente proposition doit être signée et datée par l'assuré désigné.

Veillez joindre les documents suivants : brochures sur les produits, catalogues, rapports annuels le plus récents ou états financiers vérifiés si le rapport annuel n'est pas disponible, liste des sites.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

a. Nom du demandeur :

b. Adresse :

c. Site Web :

d. Le demandeur est : Société Partenariat Autre (Préciser)

e. Année de constitution :

f. Joignez votre organigramme. Indiquez le nom de toutes vos filiales pour lesquelles une couverture est demandée.

g. Un assureur a-t-il déjà refusé ou annulé une assurance? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails :

DESCRIPTION DES OPÉRATIONS

a. Description des opérations :

b. Nombre d'employés : Canada : É.-U. : ROW: Total :

c. Masse salariale prévisionnelle : \$

d. Revenues

REVENUES		CAD/USD	Revenues annuelles (projetées)	Revenues annuelles de l'année précédente
CANADA			\$	\$
É.-U.			\$	\$
Reste du monde			\$	\$



e. Quelle est la répartition géographique des revenus prévus par produit ou division clé :

Division/Produit/Service	Canada	É.-U.	Reste du monde

f. Quels sont vos trois principaux clients/contrats?

- 1.
- 2.
- 3.

g. Disposez-vous d'un plan écrit de rappel des produits? Oui Non

h. Avez-vous mis en place des procédures d'archivage et de conservation des documents? Oui Non

i. Existe-t-il des programmes documentés de sécurité des produits et de prévention/contrôle des pertes? Oui Non

j. Vous conformez-vous à toutes les exigences en matière d'étiquetage dans chaque juridiction où vos produits sont vendus? Oui Non

Remarque : Si vous répondez **OUI** à l'une des questions suivantes, veuillez expliquer dans la section Remarques.

k. Certains de vos produits ont-ils été abandonnés ou rappelés au cours des dix dernières années? Oui Non

l. Certains de vos produits sont-ils utilisés ou installés dans des avions, des engins spatiaux ou des missiles? Oui Non

m. Vendez-vous, fabriquez-vous, manipulez-vous ou distribuez-vous des produits à base de plantes, diététiques ou pharmaceutiques? Oui Non

n. Prévoyez-vous d'introduire de nouveaux produits au cours des 12 prochains mois? Oui Non

Section remarques :

PASSIF LIÉ AUX ACTIVITÉS ACHEVÉES

- a. Effectuez-vous des opérations de sous-traitance/construction? Oui Non
- Si oui, veuillez compléter cette section et joindre un calendrier des projets en cours et prévus/description/
valeur/emplacement.
- b. Dressez la liste de vos cinq emplois les plus importants au cours des trois dernières années.
- 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.
- c. Quel est le pourcentage de travail que vous sous-traitez? %
- d. Quel type de travail est sous-traité :
- e. Quelle est la limite de l'assurance responsabilité civile que vous exigez de vos sous-traitants? \$
- f. Tous les sous-traitants sont-ils tenus de fournir des attestations d'assurance et de vous ajouter en tant qu'assuré supplémentaire? Oui Non
- g. Exigez-vous de vos sous-traitants qu'ils vous dégagent de toute responsabilité? Oui Non
- h. Employez-vous des architectes et/ou des ingénieurs? Oui Non
- Si vous avez répondu « oui » à la question ci-dessus, des travaux de conception sont-ils effectués pour le compte de tiers? Oui Non
- i. Des travaux sont-ils effectués sur des ponts ou des tunnels? Oui Non
- j. Des matières dangereuses sont-elles manipulées? Oui Non
- k. Louez-vous du matériel à d'autres? Oui Non
- l. Vos opérations impliquent-elles des travaux de dynamitage, de battage de pieux, de soutènement, d'affaiblissement des supports, de démolition ou de construction de caissons? Oui Non
- m. Effectuez-vous de nouvelles constructions résidentielles? Oui Non
- Si oui, quel pourcentage de vos activités représente-t-il? %

RESPONSABILITÉ CONTRACTUELLE

- a. Vos contrats avec les fournisseurs et les entrepreneurs contiennent-ils des clauses de non-responsabilité en votre faveur? Oui Non
- b. Exigez-vous des certificats d'assurance de la part des fournisseurs et des entrepreneurs? Oui Non
- Dans l'affirmative, quelles sont les limites minimales d'assurance que les fournisseurs et les entrepreneurs indépendants sont tenus de respecter? \$

c. Quel est le pourcentage des revenus provenant du travail ou des services des contractants? %

RESPONSABILITÉ CIVILE AUTOMOBILE

On entend par « long courrier » des distances journalières de 300 kilomètres ou 200 miles ou plus.

Classe	# Nombre d'unités de CDN	# Nombre d'unités d'É.-U.
Passager privé :		
Camion léger :		
Camion moyen :		
Camion lourd :		
Extra lourd (Tracteurs) :		
Extra lourd (long courrier) :		
Remorques :		
Bus :		
Autre :		

a. Quels sont les biens que vous transportez?

b. Des explosifs, des produits caustiques, des produits inflammables ou d'autres marchandises dangereuses sont-ils transportés? Oui Non

Si oui, veuillez expliquer :

c. Certaines unités sont-elles impliquées dans le transport de marchandises d'autrui? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions (fréquence, itinéraire, types de marchandises, pour qui)

d. Quel pourcentage de vos transports totaux représente la rétrocession? %

e. Les passagers sont-ils transportés à titre onéreux? Oui Non

RESPONSABILITÉ CIVILE DES AÉRONEFS ET DES VÉHICULES NAUTIQUES

a. Énumérer et décrire les aéronefs possédés, non possédés, loués ou affrétés. Veuillez indiquer le type d'aéronef, le nombre de sièges, les heures d'utilisation et le but de l'utilisation, avec ou sans équipage :



b. Le demandeur possède-t-il ou entretient-il une piste d'atterrissage ou un hangar pour avions? Oui Non

Si « oui », veuillez expliquer

c. Le demandeur possède-t-il des installations/opérations en bord de mer? Oui Non

Si « oui », veuillez expliquer

RESPONSABILITÉ DES EMPLOYEURS

a. Tous les employés sont-ils couverts par une assurance contre les accidents du travail aux États-Unis? Oui Non

b. L'assurance responsabilité civile de l'employeur est-elle souscrite pour les employés non couverts par l'assurance accidents du travail? Oui Non

Compensation?

EXPOSITIONS À LA POLLUTION

a. Produisez-vous, stockez-vous, traitez-vous ou éliminez-vous, transportez-vous, appliquez-vous des déchets dangereux ou des produits chimiques caustiques? Oui Non

Si oui, veuillez décrire :

b. Veuillez énumérer et décrire tous les rejets ou déversements de substances dangereuses, de déchets dangereux ou de tout autre polluant devant être signalé, tels que définis par les lois ou règlements applicables en matière d'environnement, au cours des cinq (5) dernières années :

LA PRISE EN CHARGE, LA GARDE OU LE CONTRÔLE

Liste de tous les bâtiments possédés ou loués par le demandeur (ou joindre une liste)				
Adresse :	Occupation :	# Nombre d'histoires	Superficie en pieds carrés	Valeur estimée

AUTRE RESPONSABILITÉ

Remarque : Si vous répondez « Oui » à l'une des questions suivantes, veuillez expliquer dans la section Remarques.

- | | | |
|--|-----|-----|
| a. Fournissez-vous des services de conseil ou d'inspection à d'autres personnes contre rémunération? | Oui | Non |
| b. Exploitez-vous un hôpital, une clinique ou un centre de premiers secours? | Oui | Non |
| c. Votre entreprise emploie-t-elle des médecins ou des infirmières? | Oui | Non |
| d. Possédez-vous, entretenez-vous ou exploitez-vous des chemins de fer? | Oui | Non |

Remarques :

EXPÉRIENCE EN MATIÈRE DE PERTES

Dresser la liste de toutes les réclamations/pertes encourues en responsabilité civile (indemnités et dépenses payées et réserves) à partir du premier dollar pour les cinq (5) dernières années au minimum. Joindre une copie papier des déclarations de perte :

a. Date d'évaluation des informations sur les pertes :

Date de la perte	Description	Indemnité versée	Dépenses payées	Réserve	Total encouru	Ouvert ou fermé
		\$	\$	\$	\$	
		\$	\$	\$	\$	
		\$	\$	\$	\$	
		\$	\$	\$	\$	
		\$	\$	\$	\$	

- b. Avez-vous connaissance d'autres incidents, conditions, circonstances, défauts ou suspicions de défauts susceptibles de donner lieu à une ou plusieurs réclamations à votre encontre? Oui Non

Si « Oui », veuillez fournir des détails :



- c. Avez-vous été impliqué ou cité dans une action collective, un litige ou un procès impliquant plusieurs demandeurs ou plusieurs districts au cours des 15 dernières années? Oui Non

Si « Oui », veuillez fournir des détails :

En signant la présente demande, le soussigné atteste l'exactitude des informations fournies. Si l'une des informations fournies par le demandeur s'avère fausse ou trompeuse, l'assureur peut annuler la couverture ou la police.

Le soussigné reconnaît que toute information personnelle contenue dans la présente demande a été collectée conformément à la législation applicable en matière de protection de la vie privée.

Le soussigné confirme qu'il a obtenu les consentements nécessaires à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de ces informations dans le but d'évaluer la demande d'assurance, d'enquêter sur les pertes et de les régler, de détecter et de prévenir les fraudes, et d'agir conformément aux exigences ou aux autorisations de la loi.

Nom et titre du demandeur :

Signature du demandeur :

Date :

Nom du courtier :