



Phone 1 877 814 7778

submissions.canada@beazley.com  
renewals.canada@beazley.com  
info.canada@beazley.com  
www.beazley.ca

Beazley Canada Limited

First Canadian Place  
100 King Street West  
Suite 4530, P.O. Box 328  
Toronto, Ontario M5X 1E1  
Phone (416) 601 2155  
Fax (416) 861 1617

310-1130 rue Sherbrooke Ouest  
Montréal, Québec H3A 2M8  
Tél (514) 350 4848  
Télec (514) 350 0843

1066 West Hastings Street  
23rd Floor  
Vancouver, British Columbia V6E 3X2  
Phone (778) 373 4432

## PROPOSITION D'ASSURANCE CONTRE LE VOL ET LES DÉTOURNEMENTS

### VEUILLEZ VOUS ASSURER DE JOINDRE CE QUI SUIT À LA PROPOSITION

- Rapport annuel le plus récent avec les états financiers vérifiés
- Copie de la lettre des vérificateurs à la direction, si disponible

### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Nom de l'entreprise ou entité légale (Proposant), y compris ses filiales:

(Sauf indication contraire à la présente proposition, 'proposant' s'entend de l'Assuré).  
(Veuillez indiquer le nom complet tel qu'il doit apparaître sur la police).

2. Année d'établissement de l'entreprise du proposant :

3. Adresse (C.P. non acceptée):

Site Web:

4. Nature de l'entreprise du proposant (veuillez fournir une brève description des opérations):

5. Revenus annuels (000's \$):

6. S'il s'agit d'une société ouverte, quel est le symbole du titre au téléscripateur?

7. Type d'entreprise:  Société  Partenariat  Société par action à responsabilité limitée

8. Société :  À but lucratif  À but non lucratif

9. DESCRIPTION DES OPÉRATIONS:

Dans le cours de vos affaires, exécutez-vous les fonctions suivantes?

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| (a) Commerce de valeurs mobilières                             | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| (b) Offrir du crédit   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| (c) Émettre des récépissés d'entrepôt                          | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| (d) Transporter ou stocker des valeurs appartenant à autrui    | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| (e) Faire de la location                                       | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| (f) Conserver les informations de cartes de crédit des clients | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| (g) Narcotiques  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Si vous avez répondu OUI à l'une des fonctions ci-dessus, veuillez joindre des explications.

10. Au cours des trois (3) dernières années l'entreprise a-t-elle subi un changement de propriétaire ou de direction?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez fournir des explications :

**PROPOSITION D'ASSURANCE CONTRE LE VOL ET LES DÉTOURNEMENTS**

**2. GARANTIES DEMANDÉES**

GARANTIES SOUHAITÉES: (COCHEZ LES GARANTIES DEMANDÉES)	LIMITE DEMANDÉE	FRANCHISE DEMANDÉE
<input type="checkbox"/> Détournement par un employé	\$	\$
<input type="checkbox"/> Contrefaçon ou alteration	\$	\$
<input type="checkbox"/> Vol – Dans les lieux	\$	\$
<input type="checkbox"/> Vol – En cours de transport/hors lieux	\$	\$
<input type="checkbox"/> Mandats et faux billets de banque	\$	\$
<input type="checkbox"/> Fraude informatique et fraude de virement de fonds	\$	\$
<input type="checkbox"/> Garantie des biens appartenant aux clients	\$	\$
<input type="checkbox"/> Garantie des cartes de crédit	\$	\$

11. PÉRIODE D'ASSURANCE DEMANDÉE:

De: \_\_\_\_\_ À: \_\_\_\_\_  
 (les deux dates, 00 h 01 heure normale à l'adresse de l'Assuré)

12. EMBLEMES ET EMPLOYÉS:

Employés de Classe 1: Aux fins du calcul de la prime, les employés de Classe 1 comprennent les postes cadres et les autres employés qui ont accès à de l'argent, aux valeurs et/ou aux autres biens (tels que les caissiers, commis-comptables, préposés aux expéditions, etc.).

	NOMBRE D'EMPLACEMENTS	VENTES OU REVENUS	NOMBRE D'EMPLOYÉS DE CLASSE 1	AUTRES EMPLOYÉS
Canada		\$		
É-U		\$		
Total		\$		

Opérations à l'étranger: Si l'Assuré a des opérations à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, veuillez les noter ci-dessous:

PAYS ÉTRANGERS	NOMBRE D'EMPLOYÉS	NOMBRE D'EMPLACEMENTS	GENRE D'OPÉRATIONS	MONTANT DES REVENUS ANNUELS DU PAYS
				\$
				\$
				\$
				\$
<b>TOTAL</b>				

13. Prévoyez-vous une augmentation substantielle du nombre d'employés ou d'emplacements au cours de la période d'assurance pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- a) Activités saisonnières ou autres circonstances particulières?  OUI  NON
- b) Croissance de l'entreprise du proposant?  OUI  NON

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions ci-dessus, veuillez fournir des explications.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Quel pourcentage des reçus sont en argent comptant? \_\_\_\_\_ % des chèques : \_\_\_\_\_ % autre : \_\_\_\_\_ %

15. PRATIQUES D'EMPLOI:

- a) Est-ce que les vérifications suivantes sont effectuées pour tous postulants?
  - Vérifications emplois antérieurs :  OUI  NON
  - Antécédents en matière de crédit :  OUI  NON
  - Éducation :  OUI  NON
  - Antécédents criminels :  OUI  NON
- b) Les cartes d'accès à l'édifice sont-elles désactivées dès la cessation d'emploi d'un employé?  OUI  NON

16. CONTRÔLES DES VÉRIFICATIONS:

**Vérifications Externes:**

- a) Un CA indépendant effectue-t-il une vérification de vos livres de comptes au moins annuellement?  OUI  NON
- (i) Si OUI, indiquez le nom et l'adresse du cabinet en charge de la vérification :

\_\_\_\_\_

## PROPOSITION D'ASSURANCE CONTRE LE VOL ET LES DÉTOURNEMENTS

- (ii) Si NON, veuillez joindre des explications.
- b) Est-ce que les vérifications sont complètes et sans réserve?  OUI  NON  
Si NON, veuillez joindre des explications.
- c) Chacun des emplacements et des entités sont-ils vérifiés?  OUI  NON  
Si NON, veuillez joindre des explications concernant l'étendue de votre vérification.
- d) Avez-vous changé de vérificateurs au cours des trois (3) dernières années?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez joindre des explications.
- e) Le vérificateur fournit-il une lettre à la direction?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez inclure la plus récente copie ainsi que la réponse de l'Assuré à cette lettre.

### Vérifications Internes:

- a) Y a-t-il un département interne de vérifications responsable de la supervision et l'examen des programmes de vérifications internes pour toutes les opérations commerciales?  OUI  NON  
Si NON, veuillez joindre des explications quant à la façon que cette fonction est exécutée.

### 17. CONTRÔLE DES STOCKS:

- a) Est-ce qu'un décompte physique des stocks est effectué au moins annuellement?  OUI  NON  
Si NON, veuillez joindre des explications? \_\_\_\_\_
- b) Est-ce cet inventaire comprend tous les emplacements?  OUI  NON
- c) Les comptes de stocks sont-ils informatisés?  OUI  NON
- d) Veuillez décrire les contrôles qui sont en place afin de prévenir le vol des stocks:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 18. CONTRÔLES DES COMPTES PAYABLES:

- a) Les réquisitions et les bons de commande nécessitent-ils une autorisation préalable du personnel autorisé?  OUI  NON
- b) Est-ce que les bons de commandes requièrent une approbation à un niveau supérieur?  OUI  NON  
Si NON, veuillez joindre les explications.
- c) Les remboursements des dépenses nécessitent-ils les reçus originaux avant que le remboursement soit effectué?  OUI  NON  
Si NON, veuillez joindre les explications.
- d) Les remboursements des dépenses requièrent-ils une approbation par un gestionnaire de niveau supérieur?  OUI  NON  
Si NON, veuillez joindre les explications.

### 19. CONTRÔLE DES COMPTES BANCAIRES:

- a) Les employés chargés d'effectuer les rapprochements bancaires mensuels ont-ils aussi la (les) responsabilité(s) suivante(s):
- (i) Signer les chèques?  OUI  NON
- (ii) Effectuer les dépôts bancaires?  OUI  NON
- (iii) Effectuer les retraits?  OUI  NON
- (iv) Accès aux machines à signature pour les chèques ou aux planches de signature?  OUI  NON  
Si vous avez répondu OUI à l'une des questions ci-dessus, comment comptez-vous corriger cette faiblesse?  
\_\_\_\_\_
- b) Est-ce que les chèques doivent être contresignés?  OUI  NON  
Si OUI, au delà de quelle limite? \_\_\_\_\_  
Si NON, veuillez fournir une confirmation que seul le propriétaire signe TOUS les chèques. \_\_\_\_\_
- c) Est-ce que tous les chèques sortants sont pré-numérotés et que tous les numéros sont comptabilisés, y compris les chèques annulés?  OUI  NON  
Si NON, veuillez décrire quel système est en place pour prévenir l'émission non autorisée de chèques.
- d) Une machine à signature pour les chèques est-elle utilisée?  OUI  NON  
Si OUI :  
(i) Veuillez décrire les contrôles des planches de signatures:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ii) Quels contrôles existe-il pour le nombre d'items traités sur la machine à signature pour les chèques:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 20. CONTRÔLES INFORMATIQUES:

- a) Est-ce que l'entreprise effectue des tests pour dépister les changements non autorisés au système?  OUI  NON
- b) Les fonctions des programmeurs et des opérateurs sont-elles séparées?  OUI  NON
- c) Des personnes autres que les employés ont-ils accès au système informatique?  OUI  NON

**PROPOSITION D'ASSURANCE CONTRE LE VOL ET LES DÉTOURNEMENTS**

- d) Des systèmes sont-ils en place pour détecter des usages frauduleux par les employés et des personnes autres que les employés?  OUI  NON
- e) Les codes d'accès et les mots de passe sont-ils changés régulièrement?  OUI  NON
- f) Les codes d'accès sont-ils désactivés dès la cessation d'emploi d'un employé?  OUI  NON

**21. CONTRÔLES DES FOURNISSEURS:**

- a) Est-ce que l'Assuré a des procédures en place pour vérifier l'existence et les droits de propriété de tous les nouveaux fournisseurs avant de les ajouter à la liste maitresse de fournisseurs autorisés?  OUI  NON
- b) L'Assuré permet-il à la même personne qui vérifie l'existence des fournisseurs de modifier aussi la liste maitresse de fournisseurs autorisés?  OUI  NON
- c) La liste maitresse de fournisseurs est-elle vérifiée annuellement par les vérificateurs internes ou externes de l'Assuré afin de contrôler les fournisseurs frauduleux?  OUI  NON
- d) Les factures des fournisseurs sont-elles vérifiées contre les bons de commande, les bordereaux de réception et la liste de fournisseurs autorisés avant de procéder à des débours des espèces?  OUI  NON  
Si NON, veuillez joindre une description des procédures observées.

**22. CONTRÔLES DE VIREMENTS DE FONDS:**

- a) L'entreprise transfert-elle des fonds par : Câble?  Transfert électronique?  Transfert initié par la voix?
- b) Quel est le montant annuel total de tous transferts de fonds? \_\_\_\_\_ \$
- c) Quel est la valeur moyenne d'un transfert? \_\_\_\_\_ \$
- d) Les transferts de fonds sont-ils tous assujettis à une double autorisation?  OUI  NON
- e) Toutes les banques sont-elles requises d'authentifier l'identité de l'appelant avant de mettre les instructions à exécution?  OUI  NON
- f) Les banques sont-elles toutes requises de confirmer les transactions de transferts de fonds par écrit dans les 24 heures suivant la transaction?  OUI  NON
- g) Y a-t-il des contrôles indépendants pour la vérification des transactions de transfert de fonds effectués par les employés non autorisés à effectuer/demander de tels transferts?  OUI  NON

**23. VALEURS:**

- a) Indiquez le montant des valeurs négociables possédées ou tenues (si aucune valeur existe, mentionnez-le): \_\_\_\_\_ \$
- b) Ou sont conservées les valeurs? \_\_\_\_\_

**24. MÉTAUX PRÉCIEUX OU MATÉRIAUX DE HAUTE VALEUR:**

- a) Existe-t-il des risques liés aux pierres et métaux précieux (i.e. or, argent, cuivre, platine, diamants industriels, puces d'ordinateur, ou autre matériau similaire de valeur)?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez joindre une liste séparée des risques, identifiez chaque emplacement, les contrôles de sécurité et la valeur maximale à chacun des emplacements.

**25. PROGRAMMES D'AVANTAGES SOCIAUX:**

Veuillez joindre sur un feuillet séparé les noms de chacun des programmes d'avantages sociaux qui doivent être assurés. Si aucun programme ne doit être assuré, veuillez cocher cette case:

**26. RISQUES INHÉRENTS À L'ARGENT, AUX VALEURS ET A LA PAYE:**

- a) Quel est le montant maximal à chacun des emplacements?

	JOUR	DU JOUR AU LENDEMAIN
Argent:	\$	\$
Chèques:	\$	\$
Valeurs négociables:	\$	\$

- b) Quel est le montant maximal transporté de tout emplacement par tout moyen autre que par véhicule blindé?

	JOUR	DU JOUR AU LENDEMAIN
Argent:	\$	\$
Chèques:	\$	\$
Valeurs négociables:	\$	\$

- c) L'Assuré utilise-t-il un coffre-fort à l'épreuve du feu aux emplacements ou il y a de l'argent et des valeurs?  OUI  NON
- d) Est-ce que les coffres-forts ont des systèmes d'alarme liés à une centrale?  OUI  NON
- e) Utilisez-vous des gardiens de nuit ou des services de sécurité?  OUI  NON
- f) Moyens de transport: \_\_\_\_\_

## PROPOSITION D'ASSURANCE CONTRE LE VOL ET LES DÉTOURNEMENTS

### 3. RENSEIGNEMENTS SUR LES ASSURANCES ANTÉRIEURES

27. Au cours des cinq (5) dernières années, l'entreprise a-t-elle souscrit une police d'assurance vol et détournements?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez compléter ce qui suit pour toutes les années antérieures.

ASSUREUR	PÉRIODE	LIMITE	FRANCHISE
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

28. Est-ce qu'un assureur a déjà résilié, refusé de renouveler ou d'accorder une assurance vol et détournements au cours des cinq (5) dernières années?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez fournir les détails:

---

---

### 4. RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉCLAMATIONS ANTÉRIEURES

Veuillez fournir les détails concernant TOUTE perte découverte au cours des cinq (5) dernières années qui donne lieu ou qui pourrait donner lieu à une perte couverte par la police. Si aucune existe, veuillez l'indiquer.

NATURE DE LA PERTE	DATE DE LA DÉCOUVERTE	MONTANT BRUT DE LA PERTE (RÉEL OU ESTIMÉ)	MONTANT D'ASSURANCE REÇU EXCLUANT LE MONTANT RÉCUPÉRÉ	FRANCHISE AU MOMENT DU SINISTRE	EMPLACEMENT SI AUTRE QUE LA PRINCIPALE PLACE D'AFFAIRES
		\$	\$	\$	
		\$	\$	\$	
		\$	\$	\$	
		\$	\$	\$	
		\$	\$	\$	

Veuillez décrire les mesures préventives mises en œuvre afin de prévenir tout événement similaire futur :

---

---

### 5. RENSEIGNEMENTS DE SOUSCRIPTION POUR LA GARANTIE D'ASSURANCE VOL ET DÉTOURNEMENTS DES TIERS

29. Nom(s) du(des) client(s) où vous placerez vos employés sur leurs lieux :  

---

---
30. Nombre d'employés actuellement placés sur les lieux de votre(vos) client(s): \_\_\_\_\_ Nombre anticipé à placer : \_\_\_\_\_
31. En général, combien de temps vos employés seront-ils sur les lieux de votre (vos) client(s)? \_\_\_\_\_
32. Veuillez fournir une brève description des produits et/ou des services fournis à votre (vos) client(s).  

---

---
33. Votre(vos) client(s) supervisera(ont)-il(s) les employés pendant qu'ils travailleront sur leurs lieux?  OUI  NON
34. Vos employés dispenseront-ils vos services durant les heures normales d'affaires (i.e. 9hres – 17hres)?  OUI  NON  
Si NON, quels contrôles sont en place pour les activités non supervisées?  

---

---

## PROPOSITION D'ASSURANCE CONTRE LE VOL ET LES DÉTOURNEMENTS

---

35. Vos employés auront-ils accès à de l'argent, des valeurs, systèmes bancaires, systèmes de virements télégraphiques ou à des données informatiques sensibles?  OUI  NON

### 6. FAUX RENSEIGNEMENTS

---

Toute personne qui, sciemment et avec l'intention de frauder toute compagnie d'assurance ou toute autre personne, soumet une proposition d'assurance contenant toute fausse information, ou y dissimule toute information concernant des faits pertinents dans le but d'induire en erreur, commet un acte frauduleux, lequel constitue un crime.

### 7. AVIS CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

---

En achetant une police d'assurance chez Beazley Canada Limitée, le client consent que ses renseignements personnels, y compris ceux fournis dans le passé, soient collectés, utilisés et divulgués pour les raisons suivantes :

- La communication avec les souscripteurs;
- la souscription;
- l'évaluation d'une réclamation;
- la détection et la prévention de fraude;
- l'analyse des résultats de l'entreprise;
- à des fins requises ou autorisées par la loi.

Pour les raisons ci-haut mentionnées, vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux fournisseurs de services de Beazley.

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Beazley en contactant leur agent de protection de la vie privée au 416-601-2155.

### 8. DÉCLARATION

---

Le soussigné garantit que les faits énoncés dans cette proposition sont au meilleur de sa connaissance exacts. Le soussigné garantit également qu'il n'a ni omis, ni dissimulé aucun fait matériel.

Si l'information déclarée dans cette proposition devait changer entre la date à laquelle la proposition a été signée et la date de l'entrée en vigueur de la police, le soussigné garantit qu'il en informera immédiatement l'assureur.

La signature de cette proposition n'engage pas l'entreprise à prendre la police d'assurance et n'engage ni l'assureur à offrir l'assurance à l'entreprise. Cependant, si l'assureur s'engage à émettre la police d'assurance, cette proposition deviendra la base d'un tel contrat d'assurance et fera partie entièrement de cette police.

SIGNATURE: \_\_\_\_\_  
(Représentant autorisé)

DATE: \_\_\_\_\_

NOM (caractères d'imprimerie): \_\_\_\_\_

TITRE/POSITION: \_\_\_\_\_