

Beazley | Sciences de la vie

beazley

l'assurance
sur-mesure

Proposition d'assurance pour les sciences de la vie (Beazley)

Avis : La présente proposition vise l'émission d'une police établie en partie ou intégralement sur la base des réclamations présentées. La police s'applique donc uniquement aux réclamations qui sont pour la première fois présentées contre l'assuré pendant la période d'assurance ou la période de déclaration prolongée, le cas échéant. Les montants engagés en frais de règlement ne réduisent pas et ne peuvent épuiser le montant de garantie, et sont assujettis à la franchise. Veuillez lire la présente proposition attentivement et répondre à toutes les questions. Les champs vides seront interprétés comme ayant été marqués « sans objet » par le proposant. Si vous avez besoin de plus d'espace pour répondre à certaines questions, veuillez joindre une feuille séparée. La présente proposition sera jointe à toute police émise et en fera partie intégrante.

Veillez fournir les renseignements suivants :

1. Historique détaillé des sinistres pour les CINQ (5) dernières années. L'historique des sinistres doit avoir été mis à jour au cours des trente (30) derniers jours et comprendre une ventilation du total des sinistres subis (indemnités versées et provisions pour sinistres), ainsi qu'une description de tous les sinistres (réglés et en suspens).
2. États financiers VÉRIFIÉS les plus récents.
3. Copie du ou des ACCORDS CONTRACTUELS en vigueur avec lesquels vous concluez un service pour un accord d'honoraires.
4. Copie du ou des PROTOCOLE(S) d'essais cliniques sur l'humain et du ou des FORMULAIRE(S) DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ
5. Copie des LETTRES D'AVERTISSEMENT et des RÉPONSES récemment émises
6. Rapports les plus récents des organismes d'agrément locaux et/ou provinciaux/territoriaux.
7. Toute brochure commerciale ou tout autre document décrivant les services fournis.

Section 1 – Renseignements sur le proposant et le courtier d'assurance

1. Premier assuré désigné :

2. Adresse (rue, ville, province/État, code postal) :

3. Site web :

4. Adresse postale (si différente de celle du point 2. ci-dessus) :

5. Année de début des activités : (jj/mm/aaaa) / /

6. Personne-ressource (nom, numéro de téléphone, courriel) :



7. Courtier d'assurance (rue, ville, province/État, code postal) :
8. Personne-ressource du courtier d'assurance (nom, numéro de téléphone, courriel) :
9. Type d'entité :
- a. Société par actions
 - b. Société de personnes
 - c. Sans but lucratif
 - d. Entreprise individuelle
 - e. Coentreprise
 - f. Société à responsabilité limitée
 - g. Autre (veuillez préciser) :
10. Société mère (nom et adresse) :
11. Assurés supplémentaires (veuillez les énumérer et décrire brièvement le lien avec le premier assuré désigné) :
- a.
 - b.
 - c.
12. Autres assurés désignés (le pourcentage de participation doit être supérieur à 50 %) :
- a.
 - b.
 - c.
13. Brève description des activités de l'entreprise :

14. L'entreprise a-t-elle déclaré faillite au cours des sept (7) dernières années? Oui Non S.O.
15. L'entreprise a-t-elle procédé à une ou plusieurs fusions ou acquisitions au cours des six (6) dernières années, ou a-t-elle l'intention de le faire au cours des douze (12) prochains mois? Oui Non S.O.
16. L'entreprise ou l'un ou l'autre de ses actionnaires, directeurs, administrateurs, associés ou membres font-ils l'objet d'une enquête pour allégation d'infraction pénale liée à toute activité commerciale? Oui Non S.O.
17. L'entreprise a-t-elle déjà exercé ses activités sous un autre nom? Oui Non S.O.

Pour chacune des questions 15 à 17 à laquelle vous avez répondu « oui », veuillez fournir des précisions ci-dessous :

Section 2 – Renseignements sur les assurances

18. Dates d'effet de la garantie : De : (jj/mm/aaaa) / / À : (jj/mm/aaaa) / /

19. Historique des assurances antérieures : Cochez cette case si vous n'avez pas d'assurance antérieure : Nouvelle

Année	Assurance	Assureur	Montant de garantie	Franchise	Prime

20. Montants de garantie, franchises, et dates de rétroactivité

	Limites	Franchise	Date de rétroactivité
Responsabilité erreurs et omissions			
Services professionnels en santé			
Responsabilité produits et activités terminés			
Responsabilité civile générale			
Frais médicaux pour essais cliniques			
Frais de suivi médical pour essais cliniques			
Frais médicaux associés aux produits			
Frais de suivi médical associés aux produits			

21. Historique des recettes

	Canada	États-Unis	Autres pays	Total
Prévues				
Dernier exercice				
Premier exercice précédant le dernier				
Deuxième exercice précédant le dernier				
Troisième exercice précédant le dernier				

22. Veuillez fournir une ventilation des recettes par produit et service pour l'exercice financier en cours comme suit :

Veuillez fournir une liste complète des services et produits offerts, ainsi que le pourcentage de recettes brutes totales. La somme des pourcentages doit être égale à 100 %.

S'il s'agit d'essais cliniques sur l'humain, cochez la case et remplissez la section Essais cliniques dans la demande.

Produits pharmaceutiques/ biologiques/utraceutiques	%	Dispositifs médicaux	%	Professionnels contractuels	%
Prescription injectable/orale		Instruments analytiques		Organisme de recherche sous contrat	
Benzodiazépine		Instruments chirurgicaux		Fabricant sous contrat	
SSRI ou SNRI		Instruments dentaires		Institution médicale universitaire	
Cannabinoïdes		Trousses de diagnostic		Organisation de gestion de sites	
Substance inscrite à l'annexe I ou II		Produits et fournitures d'hôpitaux		Services de laboratoire	
Opioides		Aides à la mobilité		Recrutement et formation de personnel clinique	
Contrôle de la fécondité/des naissances		Dispositifs de surveillance		Gestion de bases de données/ dépôts de demandes réglementaires/rédaction médicale	
Remplacement des hormones		Appareils d'imagerie		Distribution	
Administration de médicaments/ nanoparticules		Anesthésie/respiratoire		Assemblage/reconditionnement	
Produits pharmaceutiques génériques		Pompes pour injection d'analgésique		Assurance/contrôle de la qualité	
Agents d'imagerie/de diagnostic		Implantable-actif		Ventes/marketing	
Nutri-pharmaceutiques		Implants métal sur métal		Stérilisation	
Gestion du poids		Implants mammaires			
Amélioration des performances sexuelles		Implantable-non actif			
Prescription topique		Lasers			
Vaccins		Morcellateurs			
Compléments alimentaires/ vitamines		Dialyse			
Esthétiques		Treillis chirurgical			
		Filtres de veine cave inférieure			
		Cryothérapie			
		Dispositifs intra-utérins			
Autre (préciser)		Autre (préciser)		Autre (préciser)	
% Total	100%	% Total	100%	% Total	100%

Section 3 – Produits et activités terminés

23. Veuillez énumérer les produits de votre entreprise et indiquer si vous en êtes le fabricant ou le distributeur. Si vous êtes le fabricant, veuillez indiquer si vous fabriquez l'ensemble du produit ou seulement une partie de celui-ci. Pour les produits distribués, veuillez indiquer le pays d'origine du produit.

Produit	% des recettes totales	Fabricant ou distributeur	Entièrement ou partiellement	Pays d'origine (pour la distribution uniquement)

(Joindre la liste si nécessaire)

24. Veuillez fournir une ventilation de vos revenus par classe d'instrument (telle que définie par Santé Canada, la FDA aux États-Unis ou toute autre autorité réglementaire).

	Douze (12) derniers mois			Douze (12) prochains mois		
	Canada	États-Unis	Autre	Canada	États-Unis	Autre
Class 1 :						
Class 2 :						
Class 3 :						
Class 4 :						
Autre :						
Total :						

25. Y a-t-il des produits ou des pièces fabriqués à l'étranger? Oui Non S.O.
 Dans l'affirmative, lesquels et où?

26. Avez-vous connaissance de produits vendus sans étiquette? Oui Non S.O.
- a. Dans l'affirmative, y a-t-il un suivi des produits non étiquetés? Oui Non S.O.
- b. Avez-vous mis en place des procédures pour empêcher les employés de faire la promotion d'utilisations non indiquées sur l'étiquette? Oui Non S.O.

27. Certains produits sont-ils reconditionnés ou réétiquetés? Oui Non S.O.
Dans l'affirmative, lesquels?
28. Les produits sont-ils munis d'une boîte noire ou d'autres étiquettes d'avertissement importantes en matière de sécurité? Oui Non S.O.
Dans l'affirmative, quels produits?
29. Y a-t-il des produits vendus comme composantes d'autres produits? Oui Non S.O.
Dans l'affirmative, veuillez préciser :
30. Un produit a-t-il déjà été associé à un décès, à des blessures permanentes ou à une hospitalisation? Oui Non S.O.
Dans l'affirmative, veuillez préciser :
31. L'entreprise a-t-elle déjà rappelé un produit au cours des cinq (5) dernières années? Oui Non S.O.
- a. Envisagez-vous actuellement de rappeler un produit connu comme étant défectueux ou soupçonné de l'être? Oui Non S.O.
Dans l'affirmative, veuillez préciser :
32. Certains produits sont-ils spécifiquement approuvés pour l'utilisation et effectivement utilisés par des mineurs, des femmes enceintes, des personnes souffrant de troubles cognitifs ou des prisonniers? Oui Non S.O.
Dans l'affirmative, quels produits?
33. Avez-vous abandonné l'offre de certains produits ou services au cours des cinq (5) dernières années? Oui Non S.O.
- a. Envisagez-vous actuellement d'abandonner un produit ou un service? Oui Non S.O.
Dans l'affirmative, veuillez préciser :

34. Le proposant envisage-t-il de lancer de nouveaux produits ou services au cours des douze (12) prochains mois? Oui Non S.O.
Dans l'affirmative, veuillez préciser :
35. Louez-vous du matériel médical? Oui Non S.O.
Dans l'affirmative, quel type?
36. Réparez-vous, installez-vous ou entretenez-vous du matériel médical? Oui Non S.O.
Dans l'affirmative, vous ou vos employés êtes-vous formés par le fabricant du matériel? Oui Non S.O.
37. Respectez-vous les bonnes pratiques de fabrication (BPF) de Santé Canada ou toute autre norme de fabrication équivalente pour vos produits? Oui Non S.O.
38. Tenez-vous des registres sur les éléments suivants :
- a. Le moment et l'endroit où le produit été fabriqué Oui Non S.O.
 - b. À qui le produit a été vendu et la date de la vente Oui Non S.O.
 - c. Qui a fourni les matériaux pour le produit Oui Non S.O.
 - d. Les changements de conception et de publicité Oui Non S.O.
39. Est-ce qu'un ou plusieurs de vos produits contient ce qui suit (y compris tout dérivé de ceux-ci) : Oui Non S.O.

Aconit, higénamine; aegeline; androstènedione; produits d'origine animale, AMP citrate, 1,3-diméthylbutylamine citrate, 1,3-diméthylbutylamine HCL, méthylpentanamine; acide aristolochique, BMPEA, B-méthylphénéthylamine, acacia rigidula; butanediol, chaparral, consoude (alcaloïdes de pyrrolizidine), contraceptifs ou tout autre produit destiné à inhiber la grossesse ou à servir de contraceptif; chomper, créatine, déhydroépiandrostérone, dendrobium; thé de Dieter, diénestrol, diéthylstilbestrol ou DES, ou tout composé ayant la même formule chimique, ou qui est un dérivé du stilbène, ou tout(e) autre produit ou substance ayant une formation, une structure ou une fonction substantiellement similaire, quel que soit son nom, fabriqué ou commercialisé sous le nom de DES; diéthylstilbestrol, DMAA, 1,3-diméthylamylamine, diméthylamylamine, méthylhexanamine; éphédra, ma huang, éphédra sinica, éphédra chinois, éphédrine, alcaloïdes d'éphédrine, pseudoéphédrine, norpseudoéphédrine, ou tout autre produit ou substance ayant une formation, une structure ou une fonction substantiellement similaire, quel que soit le nom sous lequel il est fabriqué, cultivé ou commercialisé; éphédrine, estazolam, gamma butyrolactone, acide gamma hydroxybutyrique, germandrée, germanium, produits injectables et implants destinés à des fins esthétiques, y compris, sans s'y limiter, les implants mammaires, les produits de comblement ou les implants cutanés à base de collagène bovin, les produits de comblement ou les implants cutanés à base de collagène humain, les produits de comblement ou les implants cutanés à base d'acide hyaluronique, le transfert autologue de graisse, les produits à base de cadavre et les injections de toxine botulique; isotrétinoïne, accutane; indinavire, jin bu huan; kava, kava-kava et dérivés apparentés; lobélie; L-tryptophane ou produits de toute sorte ou nature contenant du L-tryptophane ou un de ses dérivés, que le produit soit désigné comme L-tryptophane ou qu'il porte une autre appellation; mélatonine, contraceptifs oraux, huile de pennyroyal; phénolphtaléine ou néoprune, ou un de leurs dérivés; phentermine, phénylalanine, phénylpropanolamine, chlorhydrate de phénylpropanolamine, PPA ou tout produit ou médicament contenant l'une de ces substances; picamilon, N-nicotinoyl-GABA, pycamilon, pikamilon; produits qui sont des mutagènes connus, produits qui sont des tératogènes connus, produits psychotropes, inhibiteur spécifique du recaptage de la sérotonine ou inhibiteur sélectif de la recapture

de la noradrénaline; Stephania; St. John's Wort, Stephania ou magnolia, tabac ou tout produit du tabac (ou les ingrédients de ces produits ou qui sont utilisés dans la fabrication ou la production de ces produits); thalidomide; thimérosal, tiractricol, accélérateur métabolique trix, vaccins, anatoxines, sérums ou autres agents immunisants; vinpocétine, cavinton, intelectol, apovincamine d'éthyle; produits amaigrissants, écorce de saule ou yohimbe provenant de tout produit utilisé pour le traitement de l'obésité, la perte de poids ou la gestion du poids, y compris, sans s'y limiter, les supprimeurs contenant de la fenfluramine (Ponderal, Ponderal Pacaps, Pondimin) ou de la dexfenfluramine (Redux) ou dans le cadre d'une thérapie combinée connue sous le nom de fenphen (fenfluramine et phentermine);

tout produit contenant du silicone ou autre produit similaire qui est, sous quelque forme que ce soit, implanté ou injecté dans le corps;

Dans l'affirmative, veuillez expliquer.

Section 4 – Essais cliniques sur l’humain

40. Historique d’inscription de sujets d’essais cliniques :

	Participants au Canada	Participants aux ÉTATS-UNIS	Participants dans le reste du monde	Nombre de participants mineurs	Total
Prévisions pour l’année en cours					
Année dernière					
Année précédant l’année dernière					

41. Liste des essais cliniques sur l’humain :

Veillez fournir une copie du protocole et du formulaire de consentement éclairé pour chaque essai que vous financez (ajoutez des feuilles au besoin)

Nom et numéro du produit/du protocole	Nombre de sujets inscrits l’année dernière	Nombre de sujets d’essai nouvellement inscrits cette année	Phase d’essai et indication/maladie testée	Pays de l’essai	En cours ou terminé

42. Questions complémentaires sur les essais cliniques sur l’humain :

a. Vos essais cliniques sont-ils tous approuvés par un comité d’éthique de la recherche et soumis à sa supervision? Oui Non S.O.

Dans la négative, veuillez expliquer :

b. Exploitez-vous un établissement hospitalier? Oui Non S.O.

Dans l’affirmative, combien de lits comporte-t-il?

c. Est-ce qu’il arrive que vous ou vos employés agissiez à la fois comme promoteur de l’essai et comme chercheur clinique? Oui Non S.O.

Dans l’affirmative, veuillez préciser :

- d. Vos employés participent-ils à un comité d'éthique de la recherche? Oui Non S.O.
- e. L'un de vos essais a-t-il déjà été suspendu ou mis en attente pour des raisons de sécurité? Oui Non S.O.
Dans l'affirmative, veuillez expliquer :
- f. L'une des incitations suivantes est-elle offerte au chercheur clinique : Oui Non S.O.
Argent Actions Position Autre
- g. Des chercheurs cliniques ont-ils été cités pour des violations de la réglementation en rapport avec vos essais? Oui Non S.O.
Dans l'affirmative, veuillez expliquer :
- h. Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu des signalements d'événements indésirables? Oui Non S.O.
Dans l'affirmative, veuillez expliquer :
- i. Des lettres d'avertissement ont-elles été émises contre vous ou vos chercheurs? Oui Non S.O.
Dans l'affirmative, veuillez expliquer :
- j. Des essais cliniques ont-ils fait l'objet de vérifications ciblées au cours des cinq (5) dernières années? Oui Non S.O.
Dans l'affirmative, veuillez expliquer :
- k. Des mineurs (moins de 18 ans) participent-ils à des essais cliniques? Oui Non S.O.
- l. Certains sujets sont-ils approuvés pour élargir l'accès ou à des fins compassionnelles? Oui Non S.O.
Si oui, combien?
- m. Publiez-vous tous les résultats de vos essais cliniques? Oui Non S.O.
- n. Vous arrive-t-il de fournir le matériel ou les produits d'une autre organisation pour vos essais? Yes Non S.O.
Si tel est le cas, veuillez préciser :

Section 5 – Services des professionnels de la santé

43. Professionnels de la santé au sein du personnel :

Nom	Spécialité	Certificat de spécialiste	Heures travaillées	Temps plein/ temps partiel	Dispose d'une assurance contre les fautes médicales? Quelles limites?

44. Le proposant ou un membre de son personnel a-t-il déjà été soumis à une limitation, une suspension, une révocation, une mise à l'épreuve ou une remise volontaire de son permis d'exercer la médecine ou de prescrire ou de délivrer des médicaments dans une province ou un territoire? Oui No S.O.
 Dans l'affirmative, veuillez expliquer :

45. Certains des médecins mentionnés précédemment doivent-ils être assurés par la police du proposant? Oui Non S.O.
 Dans l'affirmative, veuillez fournir un CV pour chaque médecin.

46. Certains des médecins ont-ils des responsabilités directes en matière de soins aux patients? Oui Non S.O.

47. Avant d'embaucher un employé, vérifiez-vous les éléments suivants :

a. Niveau d'études et de formation? Oui Non S.O.

b. Références d'emploi avec au moins deux (2) employeurs précédents? Oui Non S.O.

c. Casier judiciaire au niveau local/provincial/territorial/national? Oui Non S.O.

d. Dossier de conduite? Oui Non S.O.

e. Test de dépistage de drogues? Oui Non S.O.

48. Les professionnels de la santé ont-ils tous des titres de compétences avant d'être embauchés? Oui Non S.O.

a. Dans l'affirmative, à quelle fréquence les médecins doivent-ils renouveler leur agrément

49. Le proposant ou un membre du personnel a-t-il déjà fait l'objet d'une procédure disciplinaire ou d'enquête, ou d'une réprimande par un organisme gouvernemental ou administratif, un hôpital ou une association professionnelle? Oui Non S.O.

Dans l'affirmative, veuillez expliquer :

Section 6 – Erreurs et omissions

50. Y a-t-il des contrats en retard, ou des clients ont-ils cessé leurs paiements ou demandé des remboursements?	Oui	No	N/A
Dans l'affirmative, veuillez expliquer :			
51. Concluez-vous des contrats ou des accords écrits formels avec tous vos clients?	Oui	Non	S.O.
52. Assumez-vous parfois la responsabilité d'autrui dans vos contrats?	Oui	Non	S.O.
53. Les contrats comprennent-ils les dispositions suivantes :			
a. devoirs et responsabilités de chaque partie	Oui	Non	S.O.
b. clause d'arbitrage	Oui	Non	S.O.
c. choix de la loi ou de la juridiction	Oui	Non	S.O.
d. force majeure	Oui	Non	S.O.
e. exonérations de garantie	Oui	Non	S.O.
f. exonérer de responsabilités/indemnisations	Oui	Non	S.O.
g. limitation des dommages indirects	Oui	Non	S.O.
h. limitation de responsabilités/plafonnement des limites	Oui	Non	S.O.
54. Un avocat examine-t-il tous les contrats ou accords, y compris les modifications, avant de les conclure?	Oui	Non	S.O.
55. Faites-vous appel à des sous-traitants pour le développement, la fabrication, le conditionnement, la vente, la distribution, la stérilisation et la validation des produits?	Oui	Non	S.O.
56. Recevez-vous un accord d'exonération de responsabilité de la part de chaque entrepreneur?	Oui	Non	S.O.
57. Exigez-vous de tous les fabricants/fournisseurs une attestation d'assurance attestant de l'assurance de la responsabilité civile du fait des produits?	Oui	Non	S.O.
Dans l'affirmative, quelles sont les limites minimales requises?		\$	
58. Quel est le plus gros contrat que vous ayez eu en termes de recettes?		\$	
59. Quel est le contrat de plus longue durée que vous avez eu (mois)?			
60. Quelle est la valeur moyenne et la durée moyenne de vos contrats :		\$	mois

Section 7 – Gestion des risques/réglementation

(AVIS : Les Souscripteurs pourraient demander des copies du contrôle ou de l'assurance qualité, de rappel de produits ou d'accords contractuels dans le cadre de la soumission)

- | | | | |
|--|-----|-----|------|
| 61. Au meilleur de vos connaissances, êtes-vous en conformité avec les règlements de Santé Canada et, le cas échéant, de l'organisme équivalent à l'étranger? | Oui | Non | S.O. |
| a. Y a-t-il eu des incidents de non-conformité (y compris des pratiques de vente et de marketing) au cours des cinq dernières années? | Oui | Non | S.O. |
| Dans l'affirmative, veuillez expliquer : | | | |
| b. Avez-vous un programme officiel de contrôle de la qualité? | Oui | Non | S.O. |
| c. Avez-vous un programme officiel de contrôle des pertes/gestion des risques? | Oui | Non | S.O. |
| d. Avez-vous un plan écrit officiel de rappel des produits? | Oui | Non | S.O. |
| e. Avez-vous un plan de conservation des documents? | Oui | Non | S.O. |
| f. Exigez-vous de tous les membres du personnel de vente qu'ils participent à un programme de formation officiel qui les informe de l'ensemble des politiques et procédures applicables de l'entreprise? | Oui | Non | S.O. |
| g. Avez-vous des produits dont la commercialisation n'a pas été officiellement approuvée par Santé Canada et, le cas échéant, par un organisme étranger équivalent? | Oui | Non | S.O. |
| Dans l'affirmative, veuillez expliquer : | | | |
| h. À quand remonte votre dernière inspection de Santé Canada (le cas échéant)? (jj/mm/aaaa) | | / | / |
| Avez-vous reçu un avis dans le cadre de cette inspection? | Oui | Non | S.O. |
| Dans l'affirmative, veuillez en fournir une copie avec vos réponses, le cas échéant. | | | |
| i. Effectuez-vous des vérifications auprès des fournisseurs étrangers/nationaux? | Oui | Non | S.O. |
| Dans l'affirmative, quand a eu lieu la dernière vérification et quel en a été le résultat : | | | |
| j. Vos produits nécessitent-ils une stratégie d'évaluation et d'atténuation des risques? | Oui | Non | S.O. |
| Dans l'affirmative, quels produits : | | | |

Section 8 – Renseignements sur les sinistres

62. Veuillez fournir des détails sur le total des sinistres du proposant, à partir du premier dollar, y compris les frais et dépenses (et veuillez également joindre les sinistres des cinq (5) dernières années sur papier) :

Si aucun, cochez ici **Aucun**

Période d'assurance	Assureur	Nombre de réclamations	Total des frais engagés

- | | | | | |
|----|--|-----|-----|------|
| a. | Des réclamations ou des sinistres connus n'ont pas encore été déclarés? | Oui | Non | S.O. |
| b. | Le proposant traite-t-il les réclamations en interne ou fait-il appel aux services d'un tiers administrateur? | Oui | Non | S.O. |
| c. | Une réclamation a-t-elle déjà été présentée ou une poursuite a-t-elle déjà été intentée contre le proposant ou tout employé ou membre du personnel travaillant pour lui? | Oui | Non | S.O. |
| d. | Un produit ou un service a-t-il déjà été ou est-il actuellement impliqué dans un recours collectif autorisé ou une tentative de recours collectif, ou encore dans un litige international? | Oui | Non | S.O. |
| e. | Un assureur a-t-il déjà résilié ou refusé de renouveler votre assurance? | Oui | Non | S.O. |

Pour chacune des questions 62 a. à e. à laquelle vous avez répondu « oui », veuillez fournir des précisions ci-dessous :

Déclaration

Le soussigné a l'autorisation du proposant et déclare que les déclarations énoncées dans le présent document, ainsi que toutes les déclarations écrites et tous les documents fournis à l'assureur en lien avec la présente proposition sont véridiques. La signature de la présente proposition n'engage ni le proposant ni l'assureur à souscrire l'assurance, mais il est convenu que les déclarations contenues dans la présente proposition, toute pièce jointe et les documents soumis avec celle-ci constitueront le fondement du contrat si une police est émise, et seront utilisés par l'assureur pour l'émission de toute police.

La présente proposition et les documents qui l'accompagnent sont conservés dans le dossier de l'assureur et sont réputés être annexés à la police et en faire partie si celle-ci est émise. L'assureur est autorisé à procéder à toute enquête en lien avec la présente proposition, s'il le juge nécessaire.

Le proposant convient que, si les renseignements fournis dans la présente proposition changent entre la date de la présente proposition et la date de prise d'effet de l'assurance, afin que ces renseignements soient exacts à la date de prise d'effet de l'assurance, il en informera immédiatement l'assureur, et ce dernier pourra retirer ou modifier tout devis, toute autorisation ou tout accord en cours pour consolider la garantie.

J'ai lu la proposition d'assurance susmentionnée et déclare que les réponses fournies au nom du proposant sont véridiques et correctes.

Avertissement

Toute personne qui, dans l'intention de frauder ou en sachant qu'elle contribue à une fraude contre l'assureur, soumet une proposition ou dépose une réclamation contenant toute déclaration fausse ou trompeuse pourrait être reconnue coupable de fraude à l'assurance.

Signature :

Nom en caractères d'imprimerie :

Poste (propriétaire, associé, mandataire) :

Titre :

Date : / /

