



Tél 1 877 814 7778

submissions@beazley.ca
renewals@beazley.ca

info@beazley.ca
www.beazley.ca

Beazley Canada Limitée

550-55 avenue University
Toronto, Ontario M5J 2H7
Tél (416) 601 2155
Télec (416) 601 2166

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

1511-701 West Georgia Street
Vancouver, British Columbia V7Y 1C6
Tél (778) 373 4432

PROPOSITION D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ POUR LES ADMINISTRATEURS ET DIRIGEANTS DES ORGANISMES À BUT NON LUCRATIF

CETTE PROPOSITION EST POUR UNE POLICE D'ASSURANCE SUR BASE DE RÉCLAMATIONS PRÉSENTÉES

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

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

(veuillez indiquer le nom complet tel qu'il doit apparaître sur la police)

2. Adresse (C.P. non acceptée) :

Site Web :

3. Constitué sous le régime des lois de :

4. Date de constitution :

5. Activités de l'entreprise :

6. L'organisme a-t-il présentement une statut d'exonération d'impôt selon la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) ? OUI NON

L'organisme fait-il présentement ou a-t-il déjà fait l'objet d'un différend quant au statut d'exonération d'impôt ? OUI NON
Si OUI, veuillez fournir les renseignements complets sur un feuillet séparé:

2. COMPAGNIES ASSOCIÉES/FILIALES

7. Veuillez donner le montant des ressources financières et le pourcentage des revenus pour ce qui suit :

	FIN DE L'EXERCICE EN COURS	FIN DE L'EXERCICE PRÉCÉDENT
Actif Total:		
% aux États Unis:		
Passif Total:		
Revenu Total:		
% de cotisations des membres:		
Nombre de membres:		
% de dons:		
% de subventions gouvernementales:		
Bénéfice net (Perte nette):		

3. RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

8. L'organisme a-t-il des filiales ou des compagnies associées ?

OUI NON

Si OUI, veuillez fournir les détails suivants pour chacune des filiales ou des compagnies associées :

PROPOSITION D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ POUR LES ADMINISTRATEURS ET DIRIGEANTS DES ORGANISMES À BUT NON LUCRATIF

NOM	ADRESSE	TYPE D'ACTIVITÉS	% DÉTENU PAR L'ORGANISME	ANNÉE D'INCORPORATION

4. ENSEIGNEMENTS SUR LES EMPLOYÉS

9. Veuillez donner le nombre de :
 Administrateurs /Dirigeants: _____ Employés : _____ Bénévoles : _____

5. RENSEIGNEMENTS SUR L'ORGANISME

10. L'organisme a-t-il :
- A) changé ses comptables ou conseillers juridiques externes au cours des cinq (5) dernières années? OUI NON
 - B) pris des mesures disciplinaires, révisé des actifs ou émis des licences et/ou permis ? OUI NON
 - C) agit de quelque manière qu'elle soit à titre d'agent d'assurance, de courtier, de souscripteur ou de conseiller ? OUI NON
 - D) été impliqué dans l'édition de magazines, de périodiques ou de bulletins ? OUI NON
 - E) publié un manuel technique ? OUI NON
 - F) été impliqué dans des publicités, la diffusion ou la reproduction de droits d'auteur au nom de ses membres ? OUI NON
 - G) mener des activités liées à l'éthique professionnelle, l'examen par les pairs, l'accréditation, la certification ou l'octroi de licence? OUI NON

6. LITIGES, POURSUITES, ACTIONS OU PROCÈS ANTÉRIEURS OU ACTUELS

- 11. Au cours des cinq (5) dernières années, l'organisme a-t-il été en violation de clauses restrictives ou de contrats de prêts ? OUI NON
- 12. Au cours des cinq (5) dernières années, l'organisme a-t-il été en retard dans ses versements à l'Agence de Revenu du Canada ou aux agences provinciales similaires (y comprise les déductions à la source, TPS et TVP) ? OUI NON
- 13. Est-ce que les administrateurs, dirigeants ou employés sont au courant de situations ou de circonstances pouvant mener à une réclamation ? OUI NON
- 14. Est-ce que des réclamations, faits ou circonstances pouvant peut-être mener à une réclamation ont déjà été rapporté à l'assureur, actuel ou antérieur, de responsabilité des administrateurs et dirigeants pour les organismes à but non lucratif ? OUI NON

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions de cette section, veuillez fournir les renseignements complets sur un feuillet séparé.

Sans restreindre tout autre recours de l'assureur, il est entendu que si un fait, une circonstance ou une situation décrite ci-dessus est connu(e) par l'entreprise, toute réclamation ou poursuite en découlant par la suite sera exclue de l'assurance proposée.

7. ASSURANCES ANTÉRIEURES

15. Au cours des cinq (5) dernières années, l'organisme a-t-il détenu une police d'assurance administrateurs et dirigeants pour les organismes à but non lucratif ? OUI NON
 Si OUI, veuillez compléter ce qui suit pour chacune des police antérieures :

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

PROPOSITION D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ POUR LES ADMINISTRATEURS ET DIRIGEANTS DES ORGANISMES À BUT NON LUCRATIF

16. Après avoir demandé à tous les membres du conseil d'administration de l'organisme faisant une demande d'assurance, à ses administrateurs et à ses employés, individuellement ou d'une autre manière, est-ce qu'il y a déjà eu des assurances similaires qui ont été refusées, annulées ou non renouvelées ? OUI NON
Si OUI, veuillez spécifier :

8. FAUSSE DÉCLARATION

Toute personne qui, en connaissance de cause et avec l'intention de frauder toute compagnie d'assurance ou autres personnes, remet une proposition pour une assurance comprenant des informations erronées ou dissimule, dans le but de tromper, des renseignements concernant tout fait pertinent à cet égard, commet un acte frauduleux lequel sera considéré comme un acte criminel.

9. 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.

10. DÉCLARATIONS

Le soussigné est autorisé en bonne et due forme à représenter et à signer au nom de tous les administrateurs et dirigeants de l'entreprise.

Des efforts raisonnables ont été faites afin d'obtenir suffisamment d'information de la part de chaque administrateur et dirigeant, y compris ses filiales, afin de faciliter la complétion précise et adéquate de cette proposition.

Si une couverture est offerte aux proposant ci-dessus, l'assureur sera considéré d'avoir tenu compte les déclarations et énoncés dans ce document et s'y rattachant. Toutes les déclarations et énoncés seront considérés comme la base de la couverture et seront incorporés à la police et feront partie de celle-ci le cas échéant.

Le soussigné garantit que les faits énoncés dans cette proposition sont au meilleur de sa connaissance complets et exacts et que les états financiers soumis en conjonction avec cette proposition sont représentatifs de la position financière actuelle de l'entreprise y compris de ses filiales.

Si l'information déclarée dans cette proposition devait changer entre la date à laquelle la proposition a été signée et la date d'entrée en vigueur de la police, le soussigné garantit qu'il en informera immédiatement l'assureur afin que l'information soit exacte à la date d'entrée en vigueur de l'assurance, si jamais il y avait offre d'assurance, et l'assureur pourra retirer ou modifier toutes cotations et/ou autorisations ou ententes à offrir l'assurance. L'assureur est autorisé en bonne et due forme à faire toutes enquêtes ou demandes en connexion avec cette proposition si cela s'avérait nécessaire.

La signature de cette proposition n'engage pas le proposant à prendre la police d'assurance et n'engage ni l'assureur à offrir l'assurance au proposant. 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: _____ DATE: _____
(Représentant autorisé)

NOM (caractères d'imprimerie): _____ TITRE/POSITION: _____