

Demande d'assurance

Assurance responsabilité professionnelle pour les agences et entreprises financières

IL S'AGIT D'UNE DEMANDE DE POLICE « ÉTABLIE SUR LA BASE DES RÉCLAMATIONS »

(Les termes et expressions imprimés en caractères gras, autres que ceux des rubriques, sont définis dans le contrat d'assurance.)

Avis : Si elle est émise, la police sera établie sur la base des réclamations et sera émise en fonction de l'exhaustivité et de l'exactitude des renseignements et des déclarations contenus dans la présente demande. Les limites de responsabilité et toute franchise s'appliqueront aux frais de défense payables en vertu de la police.

1. Information générale

Nom du demandeur (société/entité à assurer) _____

Adresse du bureau principal du demandeur : _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____ N° de téléc. _____

Adresse courriel _____

Nom de la personne à joindre _____

Adresse courriel de la personne à joindre _____

Année de création _____ Province de constitution : _____

Type de société Société de capitaux Société de personnes Autre

Succursale(s)

Nombre de succursales/bureaux _____ S'il y en a plus de deux, cliquez sur le lien pour entrer d'autres bureaux.

Note : Cela inclut les succursales officielles et, si les propriétaires/employés travaillent dans des bureaux principaux différents.

1. Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

2. Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

3. Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Filiale(s)

Nombre de filiales _____ S'il y en a plus de deux, cliquez sur le lien pour entrer d'autres filiales.

Souhaitez-vous obtenir une couverture pour les filiales? : Oui Non

1. Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

2. Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Veuillez fournir une liste de toutes les entreprises préexistantes du demandeur pour lesquelles la couverture est requise en vertu de la police, si celle-ci est émise.

1. _____

2. _____
3. _____

2. Information sur le conseiller

Pour toutes les sociétés mentionnées ci-dessus, veuillez fournir les renseignements suivants :

a) Nombre de personnes participant à la prestation de services professionnels :

(i) employés détenant une licence : _____ (ii) employés ne détenant pas de licence : _____

(iii) conseillers indépendants sous contrat : _____ (doit avoir sa propre assurance erreurs et omissions)

note : aux fins de souscription, les conseillers contractuels seront considérés comme étant des employés de la société

b) Parmi tous les employés détenant une licence, combien souscrivent une assurance individuelle contre les erreurs et omissions auprès d'Advocis? _____

c) Liste de tous les associés, directeurs et responsables participant à la prestation de services professionnels. (Joindre le curriculum vitae.)

1. Nom _____ Titre _____

Détenteur d'une licence Assurance-vie MFDA OCRCVM Souscrivant une assurance erreurs et omissions

auprès d'Advocis?

2. Nom _____ Titre _____

Détenteur d'une licence Assurance-vie MFDA OCRCVM Souscrivant une assurance erreurs et omissions

auprès d'Advocis?

3. Nom _____ Titre _____

Détenteur d'une licence Assurance-vie MFDA OCRCVM Souscrivant une assurance erreurs et omissions

auprès d'Advocis?

4. Nom _____ Titre _____

Détenteur d'une licence Assurance-vie MFDA OCRCVM Souscrivant une assurance erreurs et omissions

auprès d'Advocis?

5. Nom _____ Titre _____

Détenteur d'une licence Assurance-vie MFDA OCRCVM Souscrivant une assurance erreurs et omissions

auprès d'Advocis?

6. Nom _____ Titre _____

Détenteur d'une licence Assurance-vie MFDA OCRCVM Souscrivant une assurance erreurs et omissions

auprès d'Advocis?

7. Nom _____ Titre _____

Détenteur d'une licence Assurance-vie MFDA OCRCVM Souscrivant une assurance erreurs et omissions

auprès d'Advocis?

8. Nom _____ Titre _____

Détenteur d'une licence Assurance-vie MFDA OCRCVM Souscrivante une assurance erreurs et omissions auprès d'Advocis?

9. Nom _____ Titre _____

Détenteur d'une licence Assurance-vie MFDA OCRCVM Souscrivante une assurance erreurs et omissions auprès d'Advocis?

10. Nom _____ Titre _____

Détenteur d'une licence Assurance-vie MFDA OCRCVM Souscrivante une assurance erreurs et omissions auprès d'Advocis?

11. Nom _____ Titre _____

Détenteur d'une licence Assurance-vie MFDA OCRCVM Souscrivante une assurance erreurs et omissions auprès d'Advocis?

12. Nom _____ Titre _____

Détenteur d'une licence Assurance-vie MFDA OCRCVM Souscrivante une assurance erreurs et omissions auprès d'Advocis?

Si vous avez besoin d'espace supplémentaire, cliquez ici ou joignez une feuille séparée à votre demande.

3. Information sur la société

Veillez joindre une copie du dernier rapport annuel du demandeur, y compris les états financiers audités, avec toutes les notes et annexes, et tout autre document financier pertinent. (Non requis si les revenus à la clôture du dernier exercice ou de l'exercice en cours sont inférieurs à 1 000 000 \$.)

Veillez fournir une description générale de l'entreprise du demandeur pour laquelle la couverture est demandée :

Agence d'assurance-vie Activités MGA/AGA Planification financière

Couverture demandée _____ Couverture demandée _____ Couverture demandée _____

Courtier/agence en fonds communs de placement Ventes d'assurance voyage _____
 Conseil en investissements/ gestion de portefeuille*

Couverture demandée _____ Couverture demandée _____ Couverture demandée _____

Autres activités - Veuillez les énumérer Courtier en produits du marché non réglementé* _____
 Agence agréée par l'OCRCVM*

* Couverture non offerte dans le cadre de ce programme. Veuillez communiquer directement avec ABS pour connaître les autres options de couverture.

Autres activités _____

Si vous demandez une couverture à titre d'agence d'assurance-vie autorisée, veuillez indiquer les dix principales sociétés d'assurance avec lesquelles vous avez conclu un contrat de vente ou de distribution et le pourcentage des produits d'exploitation de la société provenant de chaque société d'assurance. Énumérez les assureurs.

1	%	6	%
---	---	---	---

4. Nature de l'entreprise

Pour tous les demandeurs mentionnés dans la question 1 :

- a) Veuillez décrire la nature des activités et les services professionnels rendus par le demandeur pour lesquels une couverture est requise :
(Veuillez joindre un exemplaire de la brochure de l'entreprise, le cas échéant.)

Le dernier exercice clos est du : _____ aaaa/mm _____ au : _____ aaaa/mm

b) Produits bruts du dernier exercice clos : _____

c) Produits bruts estimatifs pour l'exercice en cours : _____

- d) Le demandeur fournit-il des services ou exerce-t-il des activités à l'extérieur du Canada ou pour des clients qui sont domiciliés à l'extérieur du Canada? Oui Non

Si oui, veuillez fournir tous les détails :

Service	Année en cours	Année	Activité réalisée	Produits	Couverture voulue
	(Tapez 0,30 pour 30 %)				
Assurance-vie, assurance accidents et maladies, assurance invalidité et maladies graves			<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
CPG, rentes et fonds distincts*			<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avantages collectifs, y compris la planification de la			<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vente de fonds communs de placement*			<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Titres (obligations, actions privilégiées, actions, etc.)* +			<input type="checkbox"/> Oui		S.O.
Fonds spéculatifs, actions accréditatives, BCP et autres produits du marché non réglementé+			<input type="checkbox"/> Oui		S.O.
Frais de service liés à la planification financière activités			<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Assurance voyage			<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres			<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

* Comprend les REER, les REEE et les FERR et tout autre régime enregistré d'épargne ou de placement gouvernemental.

+ Couverture non offerte pour les titres, les fonds spéculatifs, les actions accréditatives, les BCP et les autres produits du marché non réglementé.

- e) Si vous avez répondu oui à « autre » dans le tableau précédent, veuillez décrire les types de services financiers et de ventes pour lesquels vous fournissez des services :

f) Veuillez cocher chaque province où l'agence/l'entreprise est agréée :

Agence d'assurance-vie/d'assurance accidents et maladies

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alberta | <input type="checkbox"/> Colombie-Britannique | <input type="checkbox"/> Manitoba | <input type="checkbox"/> Nouveau-Brunswick |
| <input type="checkbox"/> Terre-Neuve-et-Labrador | <input type="checkbox"/> Nunavut | <input type="checkbox"/> Territoires du Nord-Ouest | <input type="checkbox"/> Nouvelle-Écosse |
| <input type="checkbox"/> Ontario | <input type="checkbox"/> Île-du-Prince-Édouard | <input type="checkbox"/> Québec | <input type="checkbox"/> Saskatchewan |
| <input type="checkbox"/> Yukon | | | |

Agence de fonds communs de placement

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alberta | <input type="checkbox"/> Colombie-Britannique | <input type="checkbox"/> Manitoba | <input type="checkbox"/> Nouveau-Brunswick |
| <input type="checkbox"/> Terre-Neuve-et-Labrador | <input type="checkbox"/> Nunavut | <input type="checkbox"/> Territoires du Nord-Ouest | <input type="checkbox"/> Nouvelle-Écosse |
| <input type="checkbox"/> Ontario | <input type="checkbox"/> Île-du-Prince-Édouard | <input type="checkbox"/> Québec | <input type="checkbox"/> Saskatchewan |
| <input type="checkbox"/> Yukon | | | |

g) À qui le demandeur rend-il des services professionnels?

h) Un client représente-t-il plus de 25 % du produit annuel du demandeur? Oui Non

Si la réponse est oui, veuillez fournir des détails.

i) Quels sont les organismes qui réglementent l'exercice de votre profession ou de vos activités commerciales sur une base obligatoire?

j) À quelles autres associations professionnelles le demandeur ou ses propriétaires/employés appartient-il?

Oui Non

k) Le demandeur a-t-il confié ou confiera-t-il la prestation de services professionnels à un sous-traitant (autres que des sous-agents)?

Si la réponse est oui, veuillez indiquer le pourcentage.

Si la réponse est oui, veuillez indiquer quels services professionnels ont été ou pourraient être confiés en sous-traitance à d'autres :

I) Veuillez répondre aux questions suivantes concernant les mesures de contrôle et les protocoles d'exploitation et de conformité.

- Le demandeur dispose-t-il d'un programme structuré de conformité et de gestion des risques?
- Le demandeur dispose-t-il d'un manuel de procédures opérationnelles écrites que les employés doivent suivre?
- Le demandeur dispose-t-il d'un programme de formation structuré pour les employés nouvellement embauchés?
- Le demandeur exige-t-il une pièce justificative d'assurance erreurs et omissions de la part des sous-traitants?
- Le demandeur exige-t-il d'être indemnisé par les sous-traitants ou se dégage-t-il de toute responsabilité envers les sous-traitants? Oui Non

5. Couverture et historique des réclamations

a) Une réclamation a-t-elle été présentée ou une poursuite a-t-elle été intentée à l'encontre d'un demandeur, de son prédécesseur, ou d'un directeur, associé, responsable ou employé, passé ou présent?

Oui Non

b) Le demandeur ou un directeur, responsable ou employé de celui-ci est-il au courant ou a-t-il connaissance d'un acte, d'une erreur, d'une omission ou d'un manquement au devoir survenu dans le cadre de la prestation de services professionnels pouvant donner lieu à une réclamation à l'encontre d'un assuré pressenti pour une couverture d'assurance au titre de la présente demande? Oui Non

c) Le demandeur ou l'un de ses membres, employés, directeurs ou prédécesseurs a-t-il été soumis à une procédure disciplinaire?

IL EST RECONNU ET ENTENDU QUE LES PERTES DÉCOULANT D'UNE AFFAIRE DÉCLARÉE OU QUI AURAIT DÛ ÊTRE DÉCLARÉE À LA QUESTION 5a), 5b) ou 5c) CI-DESSUS, SONT EXCLUES DE LA COUVERTURE, SANS RESTREINDRE TOUT AUTRE RECOURS DONT PEUT SE PRÉVALOIR L'ASSUREUR EN CAS DE NON DÉCLARATION.

a) En outre, si la réponse à une partie quelconque de la question 5a) est oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

- Nom du demandeur/demandeur potentiel
- Date à laquelle l'acte, l'erreur, l'omission ou le préjudice personnel a été commis ou a été allégué avoir été commis

- Date de la réclamation
- Nature de la réclamation Nouveau Renouvellement
- Montant
- Avis juridique obtenu en matière de responsabilité, le cas échéant
- Paiements légaux, de rajustement ou d'indemnisation à ce jour, le cas échéant
- Réserves légales, de rajustement ou d'indemnisation à ce jour, le cas échéant

b) Veuillez décrire en détail l'assurance erreurs et omissions souscrite par le demandeur au cours des cinq dernières années en commençant par la couverture d'assurance actuelle :

Assureur précédent*	Numéro de la police	Durée de la police	Limite de la police	Franchise

Assureur précédent – Vous devez indiquer la compagnie d'assurance, et non le courtier, de votre ancienne assurance erreurs et omissions.

Veuillez indiquer la date à laquelle la période de protection ininterrompue offerte par l'assurance erreurs et omissions a commencé : _____ Oui Non

6. Limites de couverture et franchise demandées

a) Couverture d'assurance requise :

1 Limite de responsabilité par réclamation/ par période de police Franchise

b) À la connaissance de tout demandeur, un assureur a-t-il refusé de fournir ou annulé une couverture d'assurance pour tout demandeur, son prédécesseur ou tout directeur, associé, responsable ou employé passé ou présent?

Si la réponse est oui, veuillez indiquer la ou les raisons invoquées par cet assureur : _____

Oui Non

Oui Non

7. Option de couverture de la responsabilité civile commerciale générale

Veuillez fournir une soumission pour la couverture de la responsabilité civile commerciale générale.

a) Masse salariale totale estimative pour le prochain exercice :

Oui Non

b) Tous les employés sont-ils couverts par l'indemnisation des accidents du travail :

c) Vos associés, responsables et employés utilisent-ils des véhicules n'appartenant pas à la société (demandeur) pour les besoins de la société?

Si la réponse est oui :

Nombre de véhicules appartenant aux employés _____

Nombre de véhicules de location de courte durée utilisés _____

d) Nombre de clients de la société _____

e) Effectuez-vous des travaux à l'extérieur des locaux de la société?

Si la réponse est oui, veuillez donner une description _____

_____ Oui Non

_____ Oui Non

1 Limite de responsabilité par réclamation/ par période de poli Oui Non Non

7. Option de couverture des biens meubles de bureau

Veuillez fournir une soumission pour la couverture des biens meubles de bureau

a) Valeur totale des biens meubles de bureau (à l'exclusion des ordinateurs portables et des projecteurs) _____

b) Valeur totale des ordinateurs portables et des projecteurs : _____

c) Votre bureau ou vos bureaux sont-ils munis d'un système d'alarme central?

d) Ce bureau est-il situé dans une résidence?

e) Ce bureau est-il loué dans une propriété commerciale?

8. Remerciements

Le soussigné, responsable autorisé au nom du demandeur :

- Affirme que les déclarations et les renseignements contenus dans la présente demande sont complets et exacts;
- Déclare qu'il n'y a pas de faits connus importants pour le risque couvert qui n'ont pas été divulgués dans la présente demande;
- S'engage à informer immédiatement l'assureur de tout changement important découvert entre la date de la présente demande et la date d'engagement sous contrat ou d'achat de la couverture d'assurance;
- Reconnaît que l'assureur, s'il émet la police, le fera en se fondant sur l'exhaustivité et l'exactitude des déclarations et des renseignements contenus dans la présente demande;
- Reconnaît que si la police est émise, la présente demande en fera partie;
- Reconnaît que toute information personnelle fournie dans le cadre de la couverture demandée, y compris les renseignements contenus dans la présente demande, a été recueillie conformément à l'ensemble de la législation applicable en matière de protection de la vie privée. Le soussigné confirme que tous les consentements nécessaires ont été obtenus pour la collecte, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements aux fins de l'évaluation de la demande d'assurance et, le cas échéant, de l'enquête et du règlement des réclamations, de la détection et de la prévention des fraudes et de l'action requise ou autorisée par la loi;
- **Aux fins de la Loi sur les sociétés d'assurances (Canada), le présent document a été délivré dans le cadre d'une assurance commerciale au Canada.**

Signature _____ Titre _____ Date _____

Signataire autorisé

Note : Votre signature écrite est requise pour que votre demande soit traitée.