

Demande d'assurance

Assurance responsabilité professionnelle pour les agences et entreprises financières

Si elle est émise, **la police sera établie sur la base des réclamations présentées** et en s'appuyant sur l'exhaustivité et l'exactitude des renseignements et des déclarations de la présente proposition. Les limites de responsabilité et les franchises s'appliquent à tous les frais de défense payables au titre de la police (les mots et expressions autres que les titres, imprimés en gras, sont définis dans le formulaire de police).

1 | Renseignements généraux

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Nom du demandeur Nom du demandeur (société ou entité à assurer)				
Adresse du demandeur (Bureau principal)				
Ville		Province		Code postal
Téléphone		Télocopieur		
Adresse de courriel				
Nom de la personne à joindre				
Adresse courriel de la personne à joindre				
Année de création		Province de constitution :		
Type d'entreprise		<input type="checkbox"/> Société <input type="checkbox"/> Société de personnes <input type="checkbox"/> Autre		

SUCCURSALE(S)

Nombre de succursales ou de bureaux

S'il y en a plus de deux, cliquez sur le lien pour entrer d'autres bureaux. Cela comprend les deux succursales officielles et le cas où les propriétaires ou employés travaillent dans des bureaux à domicile différents.

Rue	Ville	Province	Code postal

FILIALES

Nombre de filiales S'il y en a plus de deux, cliquez sur le lien pour en ajouter.

Voulez-vous une couverture pour les filiales? Oui Non

Rue	Ville	Province	Code postal

Liste de toutes les sociétés remplacées pour lesquelles une couverture est exigée en vertu de la police, si elle est émise

2 | Renseignements 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, ainsi que tout autre document financier pertinent.

DESCRIPTION GÉNÉRALE DE L'ENTREPRISE

- Organisme d'assurance-vie Activités d'AG/AGA Planification financière Courtier / organisme de fonds commun de placement
 Ventes d'assurance voyage Autres activités – veuillez fournir la liste

ASSUREURS PARTENAIRES

Si vous demandez une couverture à titre d'agence d'assurance-vie autorisée, veuillez indiquer les cinq principales sociétés d'assurance avec lesquelles vous avez conclu un contrat de vente ou de distribution en leur nom.

LIMITES DE COUVERTURE ET DE FRANCHISE DEMANDÉES

Limites de responsabilité par réclamation
Limite de responsabilité globale par période d'assurance

- a) Veuillez décrire la nature des activités et les services professionnels rendus par le demandeur pour lesquels une couverture est requise (y compris sur le site Web d'une société) :
- b) Le dernier exercice clos du au
- c) Produits bruts du dernier exercice clos :
- d) Produits bruts estimatifs pour l'exercice en cours :
- e) 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 Dans l'affirmative, veuillez fournir tous les détails :
- f) Veuillez cocher chaque province où l'agence ou l'entreprise est agréée :

Permis	BC	AB	SK	MT	ON	QC	NB	NS	PE	NL	NW	YU	NU
Agence d'assurance-vie ou d'assurance accidents et maladies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agence de fonds communs de placement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- g) Le demandeur a-t-il confié ou confiera-t-il la prestation de services professionnels à des sous-traitants (autres que des sous-agents)?
 Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements supplémentaires suivants :
- Quel pourcentage?
 - Veuillez indiquer quels services professionnels ont été ou pourraient être confiés en sous-traitance à d'autres :
- h) 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? Oui Non
 - Le demandeur dispose-t-il d'un manuel de procédures opérationnelles écrites que les employés doivent suivre? Oui Non
 - Le demandeur dispose-t-il d'un programme de formation structuré pour les employés nouvellement embauchés? Oui Non
 - Le demandeur demande-t-il une preuve d'assurance responsabilité professionnelle aux entrepreneurs? Oui Non

▪ Le demandeur demande-t-il des ententes d'indemnisation ou de protection aux sous-traitants?

Oui Non

i) Y a-t-il eu des changements dans les produits et services rendus au cours des 12 derniers mois?

Oui Non

4) Couverture et historique des réclamations

- a) 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

*Veuillez Indiquer la société d'assurance, et non le courtier, de votre assurance erreurs et omissions d'entreprise antérieure

- b) Veuillez indiquer la date à laquelle la période de protection ininterrompue offerte par l'assurance erreurs et omissions a commencé :
- c) À la connaissance d'un demandeur, un assureur a-t-il refusé ou annulé une couverture d'assurance pour un demandeur, son prédécesseur ou un administrateur, associé, dirigeant ou employé, actuel ou ancien? Oui Non
- d) Une réclamation ou une poursuite a-t-elle été intentée contre un demandeur, son prédécesseur ou un administrateur, associé, dirigeant ou employé, actuel ou ancien? Si oui, la décrire * Oui Non
- e) Le demandeur ou l'un de ses administrateurs, dirigeants ou employés 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? Si oui, la décrire * Oui Non
- f) Le demandeur ou l'un de ses membres, employés, administrateurs ou prédécesseurs a-t-il fait l'objet d'une procédure disciplinaire? Si oui, la décrire * Oui Non

*Si vous avez répondu par l'affirmative aux questions 4d), 4e) ou 4f), veuillez fournir les renseignements suivants :

- Nom du demandeur ou demandeur potentiel
- Date à laquelle l'acte, l'erreur, l'omission ou le préjudice corporel a été commis ou causé ou l'aurait été selon ce qui est allégué.
- Date de la réclamation
- Nature de la réclamation
- Montant
- Tout avis juridique obtenu quant à la responsabilité
- Les paiements légaux, les paiements de rajustement ou les indemnités à ce jour et les réserves constituées

Il est reconnu et entendu que les pertes découlant d'une affaire déclarée ou qui aurait dû être déclarée à la question 4d), 4e) ou 4f) ci-dessus, sont exclues de la couverture, sans restreindre tout autre recours dont peut se prévaloir l'assureur en cas de non-déclaration.

