

Sujet à l'approbation de
SOCIÉTÉ D'ASSURANCE WESTPORT
150 rue King Ouest, bureau 1000
Toronto (Ontario) M5H 1J9

Veillez soumettre votre proposition complétée à :

COURMARK inc.

1111, rue St-Charles Ouest,
Tour Est, Bureau 550

Longueuil, QC J4K 5G4

Tél.: (450) 674-6258 - Téléc.: (450) 674-3609

Proposition

Responsabilité Professionnelle (Erreurs et Omissions) – Cabinets, Sociétés Autonomes, Représentants Autonomes

Police établie sur la base des « RÉCLAMATIONS PRÉSENTÉES »

1. a. **Dénomination** de l'assuré désigné : (*premier assuré désigné proposé*)

- b. Type d'organisme: Propriétaire unique Société de personnes (partnership) Société par actions (incorporation)
 Société à responsabilité limitée Autre: _____
- c. Êtes-vous membre de votre association provinciale des courtiers d'assurance? Oui Non
- d. Date d'établissement de l'entité* : ____/____/____ (*jour/mois/année*)
***Pour une nouvelle affaire, si l'entité a moins de trois ans, joindre un historique et un plan d'affaires.**
- e. La garantie est-elle demandée pour d'autres entités enregistrées auprès de l'AMF? Oui Non
Dans l'affirmative, remplir le *Supplément relatif à une entité additionnelle*.
- f. Quel mode d'exercice avez-vous déclaré à l'autorité des marchés financiers (l'AMF)?
 Cabinet Société autonome Représentant autonome
- g. Énumérez pour quelle discipline vous êtes autorisé à agir sur votre certificat de l'autorité des marchés financiers (l'AMF).
 Assurance de dommages Assurance de personnes
 Expertise en règlement de sinistres Assurance collective de personnes
 Courtage en épargne collective Planification financière
 Courtage en plans de bourses d'études Courtage en contrats d'investissement
2. a. **Adresse civique** (principal établissement):

Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____
- b. **Adresse postale** (*si elle est différente de celle indiquée en 2.a.*):

Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____
- c. Le cabinet compte-t-il d'autres établissements? Oui Non
Dans l'affirmative, indiquer le nombre d'établissements supplémentaires: _____
3. a. Nom de la personne-ressource pour l'assurance responsabilité professionnelle du cabinet:

- b. N° de téléphone: () _____
- c. N° de télécopieur: () _____
- d. Adresse de courriel: _____
- e. Adresse du site Web: _____
- f. Le site Web contient-il une déclaration de confidentialité? Oui Non

4. Au cours des cinq dernières années pour une nouvelle affaire et durant la dernière année pour un renouvellement
- a. Le nom du cabinet a-t-il été changé? Oui Non
- b. Y a-t-il eu un changement dans la propriété du cabinet? Oui Non
- c. Le cabinet a-t-il participé à une entente de regroupement / d'alliance? Oui Non
- d. Avez-vous acquis ou acheté un autre cabinet ou avez-vous fusionné avec une telle entité? Oui Non

En cas de réponse affirmative aux questions 4.a. ou 4.b., veuillez expliquer

En cas de réponse affirmative à la question 4.c., veuillez remplir le **Supplément relatif à un regroupement de cabinets**

En cas de réponse affirmative à la question 4.d., veuillez remplir le **Sondage sur les acquisitions et fusions.**

- | | 12 derniers mois | 12 prochains mois
<i>(estimation)</i> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------|
| 5. a. Primes brutes totales d'assurance I.A.R.D. souscrites annuellement | _____ \$ | _____ \$ |
| b. Commissions annuelles brutes totales d'assurance I.A.R.D. | _____ \$ | _____ \$ |
| c. Commissions annuelles brutes totales d'assurance Vie, Accident et Santé (EXCLUANT I.A.R.D) | _____ \$ | _____ \$ |

6. a. Nombre d'employés:
Joindre une liste du personnel incluant le nombre d'années d'expérience et le poste occupé ((Chaque personne ne doit être comptée qu'une seule fois)

	Plein temps	Temps partiel
Propriétaires, membres de la direction, associés		
Autres employés non certifiés (y compris les employés de bureau)		
Représentants rattachés employés		
Représentants rattachés sans y être employés* et Représentants autonomes*		
TOTAL DES EMPLOYÉS:		
<p>*Désirez-vous une garantie pour les représentants rattachés sans y être employés et les représentants autonomes à l'égard des polices souscrites au nom de l'assuré désigné? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Dans la négative, vous devriez vérifier s'ils détiennent leur propre assurance de la responsabilité professionnelle.</p> <p>Dans l'affirmative, veuillez compléter le questionnaire relatif à une entité additionnelle pour chacun d'entre eux..</p>		

Veuillez énumérer tous les représentants détenant un permis en assurances de personnes avec lesquels le cabinet fait affaire.

Nom	Exclusivité		Titres professionnels	Nombre d'années auprès du proposant	Provinces dans lesquelles il est titulaire d'une licence auprès du proposant
	Oui	Non			

- b. Quel est le pourcentage des représentants ayant de l'expérience en matière de courtage.:
 Moins de trois ans _____% trois à cinq ans _____%
 Plus de cinq ans _____%
- c. Quel a été le taux de roulement moyen au cours des trois dernières années? _____%
- d. Quel est le pourcentage d'employés du cabinet détenant des titres en assurance? _____%

7. a. Type d'assurance souscrite et pourcentage représenté par celui-ci:

Assurance des entreprise (% du total des primes d'assurance I.A.R.D.)	Année en cours	Année antérieure	Assurance-vie (% des commissions totales pour l'assurance-vie/assurance accident- maladie)	Année en cours	Année antérieure
Assurance automobile des entreprises	%				
Assurance des entreprises/assurance de responsabilité civile des entreprises/assurance multirisque	% %		Régimes de Rentes	%	
			Assurance crédit	%	
			Assurance-vie collective	%	
Assurance excédentaire (umbrella)	%		Assurance-vie individuelle	%	
Assurance de biens	%		Autre (énumérer)	%	
Assurance Agricole	%		TOTAL DE L'ASSURANCE-VIE:	%	
Assurance contre les accidents du travail	%	À l'usage de la société seulement	Assurance accident & maladie		
Assurance contre les inondations	%		Assurance accident-maladie de groupe – plan collectif	%	
Assurance maritime	%		Assurance accident-maladie de groupe – auto assuré	%	
Assurance mortalité du bétail	%		Assurance accident-maladie individuelle	%	
Assurance contre les fautes professionnelles médicales	%		Autre (énumérer)	%	
Assurance de la responsabilité professionnelle non médicale	%				
Assurance aviation	%				
Cautionnement	%		TOTAL DE L'ASSURANCE ACCIDENT- MALADIE:	%	
Assurance de camionnage longue distance	%				
Autre (énumérer)	%				
TOTAL DE L'ASSURANCE DES ENTREPRISES:	%		ASSURANCE-VIE ET ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE	100 %	
			Commission	Garantie requise?	
Assurances des particuliers			Fonds distincts	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Assurance automobile standard	%		Certificats de placement garanti	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Assurance automobile non standard	%		FERR	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Assurance des propriétaires occupants et assurance-incendie standard	%		REER	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Assurance-incendie non standard	%		REEE	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Assurance bateau	%				
Assurance excédentaire (umbrella)	%				
Assurance contre les inondations	%				
Assurance de fermes	%				
Autre (énumérer)	%				
TOTAL DE L'ASSURANCE DES PARTICULIERS:	%				
ASSURANCE DES ENTREPRISES ET ASSURANCE DES PARTICULIERS	100 %				

b. Pourcentage des polices souscrites avec encaissement direct : _____%

c. Veuillez cocher chaque province et/ou territoire dans laquelle le cabinet de courtage est titulaire d'une licence:

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

d. Quel est le nombre approximatif de polices en vigueur? _____

8. a. Veuillez énumérer les cinq plus importants **assureurs I.A.R.D.**, en termes de primes annuelles, ayant conclu un contrat avec le cabinet.

Nom complet de l'assureur	Nombres d'années de représentation	Taux de sinistre *	Primes annuelles
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

* Si le ratio sinistres-primes d'une compagnie représentée est supérieur à 100%, veuillez fournir une explication.

- b. (1) Veuillez indiquer le pourcentage approximatif de polices d'assurance souscrites par le cabinet auprès des assureurs suivants:
 Assureurs licenciés: _____%
 Assureurs non licenciés: _____%
- (2) Si des garanties sont souscrites auprès d'assureurs non licenciés, le titulaire de police signe-t-il une lettre de reconnaissance l'informant des risques liés à ce type de marché? Oui Non
- c. Énumérez tous les **assureurs** auprès desquels des contrats de courtage ont été résiliés au cours des cinq dernières années (cocher si « **aucun** »).

Nom de l'assureur	Motif de résiliation du contrat				
	Insuffisance de production	Taux de sinistres	Insolvabilité de l'assureur	Retrait du marché	Autre (décrire)
	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9. a. Pourcentage des polices d'**assurance I.A.R.D.** souscrites :
- (1) Directement auprès des assureurs _____ %
 (2) Par l'intermédiaire d'un courtier _____ %
 (3) Par l'intermédiaire d'agents généraux gestionnaires (Grossistes) _____ %
 (4) A titre d'agent général gestionnaire (Grossiste) * (Joindre copie du contrat de gestion.) _____ %
TOTAL : _____ **100** %

- b. Veuillez énumérer les cinq plus importants **courtiers et ou agents généraux** en termes de primes annuelles (cocher si « **aucun** »).

Nom des courtiers, agents généraux gestionnaires	Primes annuelles
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$

10. Au cours des cinq dernières années, le cabinet a-t-il souscrit de l'assurance pour des risques liés à l'exploration ou à l'exploitation pétrolière? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nombre de comptes : _____; les primes annuelles _____ \$
11. Au cours des cinq dernières années, le cabinet a-t-il souscrit de l'assurance pour l'enlèvement, l'entreposage ou le traitement de matières dangereuses? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nombre de comptes : _____; les primes annuelles _____ \$
12. Au cours des cinq dernières années, le cabinet a-t-il participé à des programmes de gestion de sociétés captives ou de réassurance? **Si oui, préciser.**

13. Le cabinet exerce t-il l'une des activités suivantes:

	Oui	Non	Revenus
Services d'actuariat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Services de règlement des sinistres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Assurance de titres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Compagnie de financement de prime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Consultations en matière de traitement de données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Services de contrôle des sinistres/de gestion des risques moyennant honoraires, avec souscription d'assurance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Services de contrôle des sinistres/de gestion des risques moyennant honoraires, sans souscription d'assurance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Services bancaires ou de prêt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Nom de l'institution prêteuse :			
*Ventes de fonds communs de placement (Veillez joindre la liste des représentants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
*Vente de placements/de titres, planification financière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Consultation en matière de sécurité (Joindre une copie du contrat de consultation en matière de sécurité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Administrateurs-tiers (Joindre un exemplaire du contrat relatif à l'administrateur-tiers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Courtage relatif à des prêts garantis par hypothèque immobilière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Assurance voyage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Autre: (<i>décrire</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
* Si la protection est requise, veuillez compléter le supplément à cet effet.			

14. a. Une entité détient elle une participation de plus de 10% dans le cabinet ou une filiale ou un membre du même groupe que celui-ci? Oui Non
Dans l'affirmative, joindre un organigramme et fournir les informations requises de 14.b. à 14.e.
- b. Nom du membre du même groupe: _____
- c. Participation: _____%
- d. Activités du membre du même groupe: Banque Assurance Immobilier/hypothèques Autre: _____
- e. Quel pourcentage de ses produits le cabinet tire-t-il de la souscription d'assurance pour des sociétés membres du même groupe? _____%
15. Le cabinet souscrit il de l'assurance pour une entité (**autre que le cabinet de courtage**) dans laquelle le cabinet ou le personnel de celle-ci a une participation d'au moins 10 %? Oui Non
16. Méthodes administratives pour tous les établissements:
- | | Oui | Non |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. La date de réception des documents est elle indiquée? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Les exemplaires des notes de couverture/certificats postés à l'assuré et/ou à l'assureur respectent ils des lignes directrices précises? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Les certificats d'assurance sont ils émis selon les modalités de la police? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Le cabinet maintient il une liste énonçant l'échéance des polices? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Le cabinet utilise-t-il une liste de vérification des garanties (checklist) en assurance des entreprises ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Existe-t-il une méthode de conservation de documents écrits pour tous les refus de garantie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Existe-t-il une méthode d'examen régulier des risques au moment du renouvellement afin d'apporter les modifications nécessaires à la garantie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. L'exactitude de l'ensemble des propositions, polices et avenants est-elle vérifiée? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Les dossiers sont-ils annotés afin d'aviser tous détenteurs de certificats, créanciers, etc de toute annulation de police ou changements matériels aux risques, lorsque le cabinet en a assumé la responsabilité? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Existe-t-il une méthode de consignation du contenu des conversations téléphoniques? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Quel type d'agenda/de procédure de mise en suspens le cabinet utilise-t-il? (cocher si « aucun » <input type="checkbox"/>)
<input type="checkbox"/> Procédure automatisée <input type="checkbox"/> Procédure non automatisée | | |
| l. Le proposant dispose-t-il d'un manuel à jour des méthodes administratives? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Le proposant dispose-t-il d'un programme d'orientation spécifique à l'intention des nouveaux employés? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Le cabinet utilise-t-il un système de gestion automatisé? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o. Quel type de classement le cabinet utilise-t-il? <input type="checkbox"/> Dossiers papiers <input type="checkbox"/> Informatique transactionnelle <input type="checkbox"/> Système d'imagerie | | |
17. Le personnel du cabinet a-t-il participé en nombre suffisant requis au séminaire de contrôle des sinistres en matière d'assurance de la responsabilité professionnelle commandité par la Société d'assurance Westport aux cours des trois (3) dernières années? Oui Non

18. a. Le cabinet a-t-il fait l'objet d'un audit au titre de l'assurance de la responsabilité professionnelle? Oui Non
 b. Les recommandations ont-elles toutes été mises en œuvre? Oui Non
 c. Nom de la firme ayant procédé à la vérification: _____
Joindre une copie du rapport de vérification avec la proposition
 d. Date de la vérification : ____/____/____

19. Après vérification auprès de chaque membre du personnel du cabinet, existe-t-il des circonstances ou des incidents connus qui pourraient entraîner une réclamation au titre de l'assurance de la responsabilité professionnelle contre le cabinet ? Oui Non
Dans l'affirmative, quel est le nombre total de ces réclamations potentielles? _____
Veillez remplir un Supplément relatif à une réclamation pour chaque réclamation potentielle. (Un supplément relatif à une réclamation n'est pas requis pour les réclamations ou incidents déjà déclarés à la Société d'assurance Westport.)

20. Y a-t-il eu, au cours des cinq dernières années, des réclamations ou des incidents ayant donné lieu à des réclamations au titre de l'assurance de la responsabilité professionnelle contre le cabinet ou contre son personnel antérieur ou actuel, ou encore le cabinet qu'elle a remplacée? Oui Non
Dans l'affirmative, quel est le nombre total des réclamations de ce type n'ayant pas déjà été rapportées à la Société d'assurance Westport? _____
Remplir un Supplément relatif à une réclamation pour chaque réclamation/incident. (Un supplément relatif à une réclamation n'est pas requis pour les réclamations ou incidents déjà déclarés au service des réclamations de la Société d'assurance Westport.)

21. Au cours des cinq dernières années, le cabinet a-t-il réglé des sinistres pour un montant supérieur à \$5,000. par prélèvement sur les fonds du cabinet? Oui Non
Dans l'affirmative, quel est le nombre total de sinistres réglés? _____
Remplir un Supplément relatif à une réclamation pour chaque incident. (Un supplément relatif à une réclamation n'est pas requis pour les réclamations ou incidents déjà déclarés au service des réclamations de la Société d'assurance Westport.)

22. Au cours des cinq dernières années, a-t-on déjà refusé ou annulé une police ou une proposition d'assurance de la responsabilité professionnelle au nom du proposant ou de l'un de ses propriétaires, dirigeants, associés, employés ou représentants actuels ou passés, ou, à la connaissance du proposant, au nom de ses prédécesseurs, ou a-t-on déjà refusé à une telle personne le renouvellement d'une telle police? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez indiquer l'année: _____
Motif: Expérience en matière de réclamations Retrait du marché par l'assureur Activités du cabinet
 Non-paiement Autre (décrire) _____

23. Des membres actuels ou passés du personnel du cabinet ont-ils été l'objet de plaintes déposées et/ou d'enquête officielle et/ou de mesures disciplinaires prises par une autorité de réglementation des assurances? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez préciser sur une feuille à part et fournir un exemplaire de la poursuite en cours ou intentée par l'organisme disciplinaire ou dans le cadre du système judiciaire.

24. Veuillez fournir les renseignements suivants sur l'assurance de la responsabilité professionnelle du cabinet au cours des cinq dernières années : (cocher si « aucune »)

Nom de l'assureur	Date d'échéance	Limite de garantie	Franchise	Prime	Date de rétroactivité de la garantie Si tous les actes antérieurs sont couverts, veuillez cocher la case
	/ /	\$	\$	\$	/ / <input type="checkbox"/>
	/ /	\$	\$	\$	/ / <input type="checkbox"/>
	/ /	\$	\$	\$	/ / <input type="checkbox"/>
	/ /	\$	\$	\$	/ / <input type="checkbox"/>
	/ /	\$	\$	\$	/ / <input type="checkbox"/>

25. Date d'entrée en vigueur requise : ____/____/____
 26. Limite de garantie requise : Par sinistre : _____ \$ Par période d'assurance _____ \$
 27. Franchise requise : 2 500 \$ 5 000 \$ 7 500 \$ 10 000 \$ 15 000 \$ 25 000 \$ *50 000 \$ *100 000 \$
 *Exiger les états financiers.

AVIS AU PROPOSANT RELATIF À LA CONFIDENTIALITÉ

Le proposant soussigné autorise la Société d'assurance Westport a) à recueillir des renseignements personnels le concernant afin de traiter et d'évaluer la présente proposition, de fournir de l'assurance si le risque est accepté, d'obtenir de la réassurance pour la police, de procéder à une enquête à l'égard de toute réclamation présentée aux termes de la police, ce qui pourrait entraîner la collecte, par des tiers, de renseignements personnels relatifs à l'assuré, et à toute autre fin autorisée par la loi applicable; b) à divulguer les renseignements personnels le concernant à ses filiales, aux membres du même groupe qu'elle, à ses réassureurs et à ses agents, à ces fins, et c) à utiliser les renseignements personnels qui le concernent à ces fins. De plus, le soussigné autorise tout tiers qui reçoit de la Société d'assurance Westport des renseignements personnels concernant le soussigné, à recueillir, à utiliser et à divulguer les renseignements personnels à ces fins.

AVIS AU PROPOSANT

Le proposant garantit et déclare par les présentes que les déclarations faites et réponses données ci-dessus de même que les pièces jointes aux présentes sont véridiques et qu'il n'a omis aucun renseignement ni fait aucune fausse déclaration.

Je comprends et j'accepte que la police demandée fournisse une garantie établie sur la base des « réclamations présentées » seulement à l'égard des réclamations qui sont présentées contre l'assuré pendant que la police est en vigueur, et que la garantie cesse à la résiliation de la police. Seront exclues toutes les réclamations qui découlent d'actes, de circonstances ou de situations connus avant l'entrée en vigueur de la garantie demandée, qui pourraient raisonnablement entraîner une réclamation.

Le proposant comprend et convient que le fait de remplir la présente proposition n'oblige pas la Société d'assurance Westport à émettre une police d'assurance. De plus, le proposant comprend et convient qu'il est tenu de déclarer tout changement apporté aux renseignements fournis dans la présente proposition, après la date de la proposition.

Aux fins de la *Loi sur les sociétés d'assurances* (Canada), ce document a été établi dans le cadre des opérations d'assurance au Canada de la Société d'Assurance Westport.

LA PROPOSITION DOIT ÊTRE SIGNÉE ET DATÉE PAR UN PROPRIÉTAIRE, UN MEMBRE DE LA DIRECTION OU UN ASSOCIÉ.

Signature: _____

Date: ____ / ____ / ____

Nom: _____
(en caractères d'imprimerie)

Poste: _____

SOCIÉTÉ D'ASSURANCE WESTPORT

150 rue King Ouest, bureau 1000
Toronto (Ontario) M5H 1J9

Questionnaire Relatif à Une Entité Additionnelle (AMF)

Nom du cabinet: _____

Instructions : (1) N'inscrivez qu'une entité par page (2) Au besoin, joignez des copies additionnelles. (3) Signez et datez chaque questionnaire additionnel.

1. Nom de l'entité additionnelle applicable: _____

2. a) Est-ce que l'entité additionnelle est inscrite à l'autorité des marchés financiers? Oui Non

Si oui de quelle façon :

A) Cabinet

B) Société autonome

C) Représentant autonome

D) Représentant rattaché à votre cabinet sans y être employé *

* Dans le cas de représentants rattachés sans être employés, désirez-vous couvrir :

L'ensemble de ses activités (incluant celles effectuées pour d'autres cabinets).

Les activités effectuées pour le compte de _____ .

3. Activités de l'entité additionnelle :

Assurance de dommages

Services financiers

Autre (Précisez) _____

4. L'entité est : Active

Inactive

Date de la fin des activités : ____/____/____ (jour/mois/année)

Inactive

Seulement pour partager les commissions

5. L'entité additionnelle est détenue par : _____ %

_____ %

Depuis : ____/____/____/ (jour/mois/année)

NOTE : Les réclamations présentées antérieurement contre la présente entité au cours des cinq dernières années doivent être déclarées sur la proposition.

Signature: _____

Date: ____/____/____

Nom _____
(en caractères d'imprimerie)

Poste : _____

SOCIÉTÉ D'ASSURANCE WESTPORT

PROPOSITION SUPPLÉMENTAIRE SOUSCRIPTION SUPPLÉMENTAIRE RELATIVE À L'ATTEINTE À LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

La *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (LPRPDE) s'applique à la collecte, à l'utilisation ou à la divulgation de renseignements personnels par une organisation dans le cadre de ses activités commerciales.

La LPRPDE impose que les renseignements personnels soient protégés en tout temps, et ce, au moyen de :

- 1) mesures physiques, par exemple, consistant à verrouiller les meubles-classeurs et à restreindre l'accès aux bureaux;
- 2) mesures organisationnelles, par exemple, consistant à instaurer des autorisations de sécurité et à limiter les accès selon un principe d'accès sélectif; et
- 3) des mesures technologiques, par exemple, consistant à utiliser des mots de passe et l'encodage.

Plus les renseignements sont sensibles, plus la protection doit être renforcée.

Nom de la société de courtage : _____

Adresse : _____

Numéro de police : _____

1. Votre personnel a-t-il reçu une formation sur les exigences et les obligations imposées en vertu de la LPRPDE? Oui Non
2. Existe-t-il des mécanismes d'encodage et d'autres mécanismes de sécurité en place pour le transport et le stockage des renseignements personnels (dispositifs mobiles et portatifs, site Web)? Oui Non
3. Existe-t-il un processus de contrôle en place pour surveiller, gérer et revoir les droits d'accès des utilisateurs et leurs rôles à intervalles réguliers? Oui Non
4. Avez-vous recours à des mots de passe ou à d'autres mesures physiques de sécurité pour contrôler l'accès aux données personnelles? Oui Non
5. Existe-t-il des procédures en place pour s'assurer que les incidents relatifs à la sécurité (par exemple, accès non autorisé, tentatives non réussies d'accès au système, etc.) sont détectés, enregistrés, examinés et traités rapidement? Oui Non

Je comprends que l'information transmise par la présente devient partie intégrante de ma demande et qu'elle est soumise aux mêmes conditions mentionnées dans la demande.

Signature du proposant : _____ Date : _____

Nom et titre : _____

LA DEMANDE DOIT ÊTRE SIGNÉE ET DATÉE PAR UN PROPRIÉTAIRE, UN DIRIGEANT OU UN ASSOCIÉ.