|  |  |
| --- | --- |
|  | **Solutions spécialisées**  **Responsabilité civile de la direction – entreprise à but lucratif**  **Cabinets de courtage d’assurance – Programme RCCAQ** |

**Si une police est émise, la couverture d’assurance sera limitée aux réclamations présentées pour la première fois contre l’assuré et pendant la période d'assurance.**

**Proposant / Informations Générales**

1. Nom de la Société demandant l'assurance (si l’entité a des filiales, veuillez inscrire **uniquement** le nom de la société mère) :
2. Adresse postale :       Code postal
3. Avez-vous des filiales contrôlées (plus de 50%) ? OUI  NON

Si oui, veuillez énumérer ou joindre organigramme annexe à la proposition :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. Avez-vous des filiales hors Canada ? OUI  NON

Si oui, veuillez préciser (Nom légale, États, nombre d’employés, fonctions de chacun) :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Avez-vous fait d’acquisition des sociétés au cours des 3 derniers années ? OUI  NON

Si oui, veuillez énumérer ou joindre annexe à la proposition :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Société acquise** | **Revenue (dernière année fiscale)** | **Actifs totaux (dernière année fiscale)** | **Employés** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Est-ce que l’actionnaire majoritaire a changé au cours des 3 derniers années ? OUI  NON

Si oui, veuillez donner plus de détails :

**Information Financière**

|  |  |
| --- | --- |
| Pour l’exercice se terminant le : | |
| Revenu (Incluant les filiales) |  |
| Montant total des actifs (Incluant les filiales) |  |

**Assurance responsabilité en matière de pratiques d’emploi**

1. Nombre total d'employés incluant ceux des filiales
2. Masse salariale (incluant commissions et bonis déclarés aux derniers états financiers) $
3. La Société a-t-elle :
   1. Un service de ressources humaines ? OUI  NON
   2. Un manuel pour les employés, distribué à tous les employés? OUI  NON
   3. Une évaluation écrite annuelle du rendement pour tous les employés? OUI  NON
   4. Politiques et procédures pour les employés qui décrivent la conduite prescrite envers les clients? OUI  NON
   5. Une politique écrite en matière de discrimination et harcèlement sexuel ou psychologique? OUI  NON
   6. Une politique écrite en ce qui concerne l’équité en matière de pratique d’emploi? OUI  NON
   7. Recours à un conseiller juridique externe pour les questions liées à l’emploi ou au travail? OUI  NON
   8. Prévu faire des licenciements ou des réductions importantes de personnel, ou procéder à des fermetures d’établissements au cours des deux prochaines années? OUI  NON

1. Lorsqu’un employé perd son emploi :
   1. L’approbation de la direction est-elle requise? OUI  NON
   2. Le personnel des ressources humaines est-il directement impliqué? OUI  NON

**Assurance responsabilité des régimes de retraite et d’avantages sociaux**

Fournir les renseignements pour chaque régime d’avantages sociaux Aucun régime

parrainé par les sociétés à assurer :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du régime** | **Année constitution** | **Type de régime** | **Nb participants** | **Actifs du régime** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* Parrainage du régime : Employeur unique  Multi-employeur  Autre

**Assurance antérieure et expérience** (s’il s’agit d’un renouvellement, ne pas remplir cette section)

1. Un assureur a-t-il refusé, résilié ou refusé de renouveler une des garanties demandées ? OUI  NON

Si oui, veuillez préciser :

1. Au cours des cinq (5) dernières années, une des sociétés à assurer ou une des personnes à assurer a-t-elle :

2.1 été visée par une réclamation aux termes d’une assurance responsabilité civile des administrateurs

et des dirigeants, d’une assurance responsabilité civile en matière de pratiques d’emploi ou d’une

assurance responsabilité civile des fiduciaires, ou a-t-elle donné un avis de réclamation potentielle à

un Assureur ? OUI  NON

2.2 reçu ou transmis un avis écrit relativement à une réclamation présentée ou potentielle en vertu des

dispositions de toute police de la responsabilité civile? OUI  NON

2.3 été visée par un recours collectif, une poursuite intentée par un actionnaire

ou une action oblique ? OUI  NON

2.4 été visée par une enquête ou procédure d’ordre civil, criminel, administratif ou réglementaire ? OUI  NON

2.5 été impliquée dans une procédure légale relativement à un trucage d’offres, à un stratagème

de fixation des prix, aux impôts, à des pratiques commerciales trompeuses, à une fraude

à la consommation ou à une violation d’une marque de commerce ou d’un brevet? OUI  NON

2.6 été visée par des procédures découlant d’une situation d’insolvabilité ou de faillite ? OUI  NON

2.7 subi des incidents de violence en milieu de travail à ses emplacements ? OUI  NON

2.8 un ou des avocat(s) à l’emploi, ont-ils été visés par :

2.8.1 une réprimande, une sanction, une amende, une mesure disciplinaire par une association

du barreau, un tribunal ou une agence administrative ou de réglementation ou, encore,

se sont-ils vu refuser le droit d’exercer par une association du barreau, un tribunal

ou une agence administrative ou de réglementation ? OUI  NON

2.8.2 un litige civil ou criminel, un processus d’arbitrage, une réclamation ou une procédure

administrative ou réglementaire au cours des cinq (5) dernières années? OUI  NON

Pour toute réponse affirmative aux questions 1.1 à 1.10; veuillez préciser la date de la réclamation, les circonstances, le nom des réclamants et les montants impliqués :

**Faits connus et Déclarations** (s’il s’agit d’un renouvellement, ne pas remplir cette section)

Les personnes ou sociétés à assurer sont-elles au courant de faits, de circonstances, de situations, de

transactions, d’événements, d’actes, d’erreurs ou d’omissions qui sont susceptibles de donner lieu à

une réclamation? OUI  NON

1. Si oui, veuillez fournir tous les renseignements pertinents (date, circonstances, montants réclamés) :

II est entendu que, si une personne, un administrateur, un dirigeant, une société, une filiale ou toute autre entité liée à assurer a connaissance de tels faits, circonstances, situations, transactions, événements, actes, erreurs ou omissions qu’ils aient été déclarés ou non, toute réclamation ou poursuite qui en découlera sera exclue de la couverture accordée en vertu de toutes les polices souscrites par Intact Assurance.

**Signature**

Le représentant autorisé soussigné de la Société déclare, qu'au meilleur de sa connaissance, les renseignements donnés aux présentes sont vrais. La signature de la présente proposition n'oblige pas le soussigné à souscrire l'assurance, mais il est convenu que la présente proposition constituera la base du contrat au cas où une police serait émise et qu'elle fera partie intégrante de la police.

Signé par : Date :

Président du Conseil ou Président

Titre :