



Demande

Assurance de responsabilité civile pour les administrateurs et dirigeants (Entité à but non lucratif)

Courtier responsable, veuillez remplir la section suivante pour nous aider à traiter la demande :

Nom de maison de courtage : BFL CANADA Insurance Services Inc.

Nom du courtier : Mark Skeans

Adresse de la maison de courtage : 200-1177 West Hastings St.

Ville : Vancouver

Code postal : V6E 2K3

À des fins de renouvellement seulement :
client) :

Numéro de police :

ISN (numéro du

REMARQUE : Veuillez répondre à toutes les questions.

1. (a) Nom et adresse :

(b) Lieu de constitution :

(c) Date de constitution :

(d) Choisissez l'une des catégories suivantes pour décrire votre fonction :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Organisme communautaire | <input type="checkbox"/> Club de golf/loisirs | <input type="checkbox"/> Association professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Copropriété/hébergement | <input type="checkbox"/> Agence gouvernementale | <input type="checkbox"/> Organisme religieux |
| <input type="checkbox"/> Coopérative | <input type="checkbox"/> Fournisseur de soins de santé | <input type="checkbox"/> École/établissement d'enseignement |
| <input type="checkbox"/> Garderie | <input type="checkbox"/> Syndicat | <input type="checkbox"/> Club sportif/récréatif |
| <input type="checkbox"/> Fondation | <input type="checkbox"/> Groupe de pression | <input type="checkbox"/> Groupe professionnel |
| <input type="checkbox"/> Association étudiante | <input type="checkbox"/> Musée | <input type="checkbox"/> Autre |

2. (a)

| | Fin de l'année courante | Fin de l'année précédente |
|--------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Actif | | |
| Passif | | |
| Revenues | | |
| Revenu net (perte nette) | | |

(b) L'organisation a-t-elle des arriérés de paiement payables à Revenu Canada ou un ministère provincial de revenu (incluant les retenues à la source, TPS et TVP)? OUI NON

(c) L'organisation enfreint-elle actuellement ou a enfreint au cours des trois dernières années une clause restrictive, un contrat de prêt ou une obligation contractuelle ou prévoit-elle une telle violation au cours des 12 prochains mois? OUI NON

(d) Si l'organisation détient le statut d'organisme de bienfaisance, ce statut a-t-il déjà été révoqué ou soumis à une révision? OUI NON

3. Nombre d'employés : _____ Nombre de membres : _____
4. L'organisation est-elle un organisme de sanction pour ses membres? OUI NON
5. L'organisation a-t-elle des activités en dehors du Canada? OUI NON
6. L'organisation offre-t-elle un régime de pension? OUI NON
7. (a) Y a-t-il déjà eu des réclamations ou y a-t-il des réclamations en attente contre l'un des administrateurs ou des dirigeants de l'organisation ou toute autre personne proposées pour cette assurance? OUI NON
- (b) Au cours des trois dernières années, l'organisation a-t-elle fait l'objet de réclamations, de plaintes, d'avis ou d'audience des autorités administratives fédérales ou provinciales? OUI NON
- (c) Le(la) soussigné(e) ou toute autre personne proposée pour cette assurance sont-ils conscients de faits ou de circonstances impliquant l'organisation, ses filiales ou les administrateurs ou dirigeants ou les fiduciaires, employés, bénévoles ou membres de comité de l'organisation ou de ses filiales qui pourraient faire l'objet d'une future réclamation? OUI NON

Veuillez fournir plus de renseignements si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus.

SANS RESTREINDRE TOUT AUTRE RECOURS DE L'ASSUREUR, LA COUVERTURE D'ASSURANCE PROPOSÉE NE FOURNIT PAS DE PROTECTION CONTRE LES RÉCLAMATIONS DONT UNE PERSONNE PROPOSÉE POUR LA PRÉSENTE COUVERTURE A CONNAISSANCE OU POUR TOUTE RÉCLAMATION RÉSULTANT DE FAITS OU DE CIRCONSTANCES CONNUS D'UNE PERSONNE PROPOSÉE POUR CETTE COUVERTURE.

CONSENTEMENT DU DEMANDEUR POUR TRANSMETTRE LES RENSEIGNEMENTS DU FORMULAIRE DE DEMANDE

Je reconnais pas la présente que les informations recueillies dans le formulaire de demande sont recueillies par mon courtier d'assurance afin d'être transmis à ENCON Group Inc. dans le seul but d'obtenir une police d'assurance et que ses informations resteront confidentielles.

De plus, j'autorise ENCON Group Inc., ses assureurs ou ses fournisseurs de services à :

- effectuer des vérifications, à l'aide de sources externes, concernant les informations contenues dans le formulaire de demande, la documentation jointe et la documentation transmise ultérieurement;
- en cas de réclamation, transmettre les informations soumises et vérifiées à des cabinets d'experts ou d'avocats ou tout autre cabinet similaire à des fins d'enquête, de défense, de négociation ou de règlement au besoin.

Pour plus d'information sur la politique de protection des renseignements personnels d'ENCON, veuillez contacter privacy-officer@encon.ca.

DÉCLARATIONS ET SIGNATURE

Le(la) soussigné(e) affirme que :

- (a) il/elle est dûment autorisé(e) à remplir cette demande et que les déclarations qu'elle contient sont véridiques et complètes;
- (b) des efforts raisonnables ont été fait pour obtenir suffisamment d'information de toute les personnes proposées pour cette couverture d'assurance afin de faciliter la complétion adéquate et exacte de ce formulaire de demande;
- (c) les renseignements financiers soumis sont représentatifs de la situation financière actuelle de l'organisation.

Le(la) soussigné(e) convient que :

- (a) si les informations fournies dans cette demande changent entre la date de soumission de la demande et la date d'entrée en vigueur de la police, il/elle enverra immédiatement un avis écrit concernant ces changements à ENCON Group Inc. et, sans restreindre tout autre recours, ENCON Group Inc. peut retirer ou modifier tout devis et toute autorisation ou entente en cours concernant la couverture d'assurance;
- (b) si une police est émise, la demande et la documentation jointe font partie de la police.

Signature

Pouvoir (Président ou directeur général)

Date

Organisation