



International

# Demande Commerciale Générale

## (Fabrication/Vente en gros/Vente au détail)

### Renseignements sur le Proposant

Assuré désigné : \_\_\_\_\_

Adresse de l'Assuré : \_\_\_\_\_

Dates d'expiration et d'entrée en vigueur souhaitées : \_\_\_\_\_

Demande de devis Date : \_\_\_\_\_

Site Web de l'entreprise : \_\_\_\_\_

### Informations sur le courtier

Nom de la Maison de Courtage : \_\_\_\_\_

Adresse de Maison de Courtage : \_\_\_\_\_

Nom du contact : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ N° de télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Le Proposant est :  une société  un partenariat  un individu  autre

Le Proposant est un :  Fabricant  Grossiste  Détaillant  Importateur

### Renseignements généraux de la Demande

Description des activités commerciales : \_\_\_\_\_

#### Filiales

a. Nom et adresse des entreprises : \_\_\_\_\_

Description des activités : \_\_\_\_\_

Salaires annuels : \_\_\_\_\_ Ventes annuelles : \_\_\_\_\_

b. Les entreprises sont-elles toutes couvertes par la présente police?  Oui  Non

Si ce n'est pas le cas, indiquez toutes les exceptions - Utilisez des pages supplémentaires si nécessaire et indiquez le numéro de référence :

\_\_\_\_\_

Décrivez tous vos produits et services, notamment les produits abandonnés - fournir l'année de l'arrêt de la production:

(joindre les brochures, les catalogues, les étiquettes, les manuels d'instruction, les rapports annuels, les enquêtes sur la sécurité des produits, etc.)

\_\_\_\_\_

Total estimé des ventes/des recettes/de la masse salariale canadienne(s) fractionné : \_\_\_\_\_

Total estimé des ventes/des recettes/de la masse salariale américaine(s) fractionné : \_\_\_\_\_

Total estimé des ventes/des recettes/de la masse salariale à l'étranger fractionné : \_\_\_\_\_

Indemnisation des travailleurs volontaires - Nbre d'employés au Canada  
(à l'exclusion de l'indemnisation des travailleurs provinciaux) : \_\_\_\_\_

Dossier d'assurance (notamment les polices étrangères et les politiques sous un nom ou une activité différent(e)) :

Assureur	N° de police	Type de police	Date limite de rétroactivité	En vig. Exp. Date	Limite Globale	Montant total de la prime
_____	_____	<input type="radio"/> Réclamations formulées <input type="radio"/> Événement	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="radio"/> Réclamations formulées <input type="radio"/> Événement	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="radio"/> Réclamations formulées <input type="radio"/> Événement	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="radio"/> Réclamations formulées <input type="radio"/> Événement	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="radio"/> Réclamations formulées <input type="radio"/> Événement	_____	_____	_____	_____

**Fournissez un dossier des pertes sur cinq ans notamment les polices étrangères et les politiques sous un nom ou une activité différent(e) :**

(Décrire les pertes Assurées et non Assurées à partir de zéro, en incluant les frais de défense)

Date d'Événement	Ligne	Type/Description de l'Événement ou de la Réclamation	Date de réclamation	Somme versée	Provision	État de la réclamation
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ouverte <input type="radio"/> Fermée
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ouverte <input type="radio"/> Fermée
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ouverte <input type="radio"/> Fermée
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ouverte <input type="radio"/> Fermée
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ouverte <input type="radio"/> Fermée

Avez-vous eu connaissance d'autres incidents qui pourraient donner lieu à des réclamations contre vous? Dans l'affirmative, veuillez expliquer pourquoi:

\_\_\_\_\_

Avez-vous connu une résiliation ou un non-renouvellement de police au cours des trois dernières années? Dans l'affirmative, veuillez expliquer pourquoi:

### Demande en Responsabilité

**Responsabilité commerciale générale**     1 000 000 \$     2 000 000 \$     Autres : \_\_\_\_\_

Énumérez et décrivez toute activité physique à l'étranger, comme les bureaux de vente, les usines de fabrication, les entrepôts, etc. :

Fournissez une adresse physique pour chaque emplacement :

### Produits et Services

Produits et Date de ente	Total des entes	Produit	% du total des ventes	N° d'unités vendues
12 derniers mois	_____	_____	_____	_____
1 <sup>re</sup> année	_____	_____	_____	_____
2 <sup>e</sup> année	_____	_____	_____	_____
3 <sup>e</sup> année	_____	_____	_____	_____
4 <sup>e</sup> année	_____	_____	_____	_____

Principaux utilisateurs finaux : \_\_\_\_\_

Grossistes : \_\_\_\_\_%    Détaillant : \_\_\_\_\_%    Consommateur : \_\_\_\_\_%

Quel est le pourcentage du montant total de la vente de pièces de rechange? \_\_\_\_\_

Importez-vous des produits ou des composantes?  Oui  Non

Les produits sont-ils vendus à l'étranger?  Oui  Non

Si oui, veuillez dresser la liste des pays et décrire : \_\_\_\_\_

Fabriquez-vous ou traitez-vous des produits qui sont explosifs, inflammables ou toxiques en soi ou lorsqu'ils sont associés à d'autres matériaux?  Oui  Non

Vos produits sont-ils vendus sous un autre nom ou sous une autre étiquette?  Oui  Non

Achetez-vous des matériaux ou des composantes pour d'autres?  Oui  Non

Avez-vous arrêté ou vendu certaines activités?  Oui  Non

Veuillez expliquer toutes les réponses affirmatives ci-dessus:

Assemblez-vous vos produits?  Oui  Non

Procédez-vous à des opérations d'entretien ou de maintenance sur votre produit?  Oui  Non

Si vous procédez à des opérations d'entretien ou de maintenance sur vos produits, pouvez-vous joindre une copie du contrat type? \_\_\_\_\_

Supervisez-vous l'installation ou donnez-vous des instructions pour l'installation?  Oui  Non

Informations sur l'emballage requises : Emballez-vous vos produits?  Oui  Non

Comment le produit est-il emballé? \_\_\_\_\_

Où fournit les emballages? \_\_\_\_\_

Concevez-vous vos emballages?  Oui  Non Emballez-vous les produits d'autres fabricants?  Oui  Non

Des emballages stériles sont-ils utilisés?  Oui  Non Vous protègent-ils ou vous assurent-ils?  Oui  Non

**S'il s'agit d'un risque de fabrication, veuillez ignorer ce qui suit la section Prévention des pertes/Contrôle de la qualité suivante et effectuez la demande additionnelle.**

### Prévention des pertes/Contrôle de la qualité

Vos produits ont-ils déjà fait l'objet de questions ou d'enquêtes en ce qui concerne la sécurité des produits de la part d'une agence gouvernementale?  Oui  Non

Avez-vous un plan écrit de rappel de produits? (Etes-vous en mesure d'identifier la date de vente du produit, sa date de fabrication et le fournisseur?)  Oui  Non

Êtes-vous propriétaire de votre propre travail de conception?  Oui  Non

Procédez-vous à des enregistrements des modifications de conception et les raisons pour lesquelles ces changements sont opérés?  Oui  Non

Vos conceptions sont-elles soumises à un examen, des tests et une certification de la part d'un organisme externe indépendant?  Oui  Non

Exigez-vous des certificats d'assurance de vos fournisseurs?  Oui  Non

Dans l'affirmative, quelle limite de responsabilité exigez-vous? \$ \_\_\_\_\_

Des procédures de test écrites sont-elles appliquées et suivies?  Oui  Non

Des instructions, des étiquettes d'avertissement et des textes publicitaires sont-ils fournis à vos clients?  Oui  Non

Les instructions, avertissements, étiquettes et textes publicitaires font-ils l'objet d'un examen par un conseiller juridique ou un gestionnaire?  Oui  Non

Déclinez-vous expressément ou limitez-vous les garanties du produit?  Oui  Non

Fournissez-vous une formation ou des instructions spécifiques pour l'utilisateur final?  Oui  Non

Votre produit peut-il être facilement différencié de celui de vos concurrents?  Oui  Non

Conservez-vous des copies de vieux manuels d'utilisation ou d'instructions et d'anciens contenus publicitaires?  Oui  Non

**Compensation du travailleur bénévole étranger**

**Décrivez tous les déplacements (de moins de 15 jours) et les voyageurs:**

(Indiquez chaque déplacement séparément, utilisez des pages supplémentaires ou une feuille de calcul si nécessaire)

Dé-placements	Pays de destination	Nom-bres de déplacements	Durée du voyage	Type d'employé (employé ressortissant d'un pays tiers, employé national, employé américain ou employé canadien)	Travail	Pays d'origine (ressortissant d'un pays tiers uniquement)	Nbre total d'Em-ployés par voyage
1	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Informations sur l'employé basé à l'étranger:

Pays	Catégorie d'emploi (Vente, Production, etc)	Masse salariale annuelle	Type (Employé américain/canadien, ressortissant d'un pays tiers, national)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Quel est le nombre maximal d'employés voyageant sur le même vol ? \_\_\_\_\_

Quel est le nombre maximal d'employés travaillant au même endroit ou séjournant dans le même hôtel? \_\_\_\_\_

Décrivez les précautions de sécurité prises pour les employés : \_\_\_\_\_

Modification de l'expérience d'indemnisation du travailleur national : \_\_\_\_\_

**Approbation en cas de décès ou de mutilation par accident pour voyages d'affaires**

Somme principale de 1 000 000 \$ / Limite globale de 500 000 \$  Autres

Type de couverture requis		Nbre de personnes par voyage	Nbre de jours de déplacement
Ressortissants américains/canadiens?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	_____	_____
Ressortissants de pays tiers?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	_____	_____
Conjoint à charge?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	_____	_____
Enfants à charge?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	_____	_____

**Couverture automatique commerciale à l'étranger (Excédentaire/DIC seulement) - Limite**  1 000 000 \$  2 000 000 \$

Sélectionnez :

**Non possédés et embauchés**

Nombre de locations à l'étranger : \_\_\_\_\_ Emplacement de la/des location(s): \_\_\_\_\_ Durée de la location \_\_\_\_\_

**Propriétaire** Nombre de véhicules : \_\_\_\_\_ Emplacement des véhicules : \_\_\_\_\_

**Couverture des dommages physiques - Veuillez parler à votre assureur pour connaître les limites et les primes**

**Avis :** Cette demande a pour objet d'obtenir un devis et ne garantit pas l'assurance au Proposant ou à l'entreprise. Le/La soussigné(e) déclare que, autant qu'il/elle sache, les déclarations énoncées dans le présent document sont exactes et qu'aucune autre information matérielle n'a été retenue. Le/ La soussigné(e) accepte également que l'existence d'une police qui peut être émise ne soit pas divulguée par le gouvernement hôte. Ce formulaire doit être la base de l'assurance si une police était émise. Si les informations fournies dans les présentes changent entre la date de fin et la date d'entrée en vigueur de l'assurance, le/la soussigné(e) doit signaler les changements à l'entreprise et l'entreprise se réserve le droit de modifier ou de retirer toute offre d'assurance.

**Fraud warning:** Toute personne qui, sciemment et avec l'intention d'escroquer une compagnie d'assurances ou une autre personne remplit une demande d'assurance ou une déclaration de réclamation contenant n'importe quelle information matériellement fausse, ou dissimule, dans le but d'induire en erreur, des informations concernant tout fait important s'y rapportant, commet un acte frauduleux, ce qui est un crime et peut faire courir à cette personne un risque de sanctions pénales et civiles.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_