**CABINET DE COURTAGE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom du cabinet : |  |  | Nom du courtier : |  |
| Code client ou numéro de police : |  |  | Date : |  |

**SECTION 1 - PROPOSANT**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom(s) du proposant : |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  | Partenariat | Société | Coentreprise | | Autre : | | |  |
| Adresse postale : |  | | | | | | | |
|  | *No civique, nom de rue* | | |  | |  |  |  |
|  | *Ville* | | |  | | *Prov* |  | *Code postal* |
| Adresse du risque : | Même que postale | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  | *No civique, nom de rue* | | |  | |  |  |  |
| Site Internet : | *Ville* | | |  | | *Prov* |  | *Code postal* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre d’année(s) en affaires : |  |  | Nombre d’année(s) d’expérience : |  |
| Description des activités : |  | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

**SECTION 2 -** **RENSEIGNEMENTS SUR L’ASSURANCE DEMANDÉE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Assurance responsabilité environnementale des lieux** | | | | | | | | | | |
| Date d’entrée en vigueur : |  | | | |  | Limite de responsabilité civile : | | |  | $ |
|  | *JJ/MM/AA* | | | |  |  | | |  | |
| Franchise : |  | | | $ |  |  | | |  | |
| Indiquez le niveau de couvertures recherchées : | | | | | | | | | | |
| Pollution graduelle | |  | Pollution soudaine et accidentelle  (détectée et déclarée dans les 120 h qui suivent) | | | |  | Pollution soudaine et accidentelle (détectée et déclarée dans les 240 h qui suivent) | | |
| Responsabilité contre l’atteinte à l’environnement pour activité hors des lieux (détaillez les activités et les recettes annuelles associées) : | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de l’assureur actuel : |  | | | | | | |
| Numéro de police : |  |  | Prime actuelle : |  |  | | $ |
|  |  |  | Date d’échéance : |  |  | | |
|  |  |  |  |  | *JJ/MM/AA* | | |
| **Assurance automobile responsabilité civile primaire** | | | | | | | |
| Date d’entrée en vigueur : |  |  | Limite primaire : | |  | | $ |
| Nom de l’assureur actuel : | *JJ/MM/AA* | | | | | | |
| **Assurance automobile responsabilité civile complémentaire ou excédentaire** | | | | | | | |
| Date d’entrée en vigueur : |  |  | Limite complémentaire/excédentaire : | |  | | $ |
| Nom de l’assureur actuel : | *JJ/MM/AA* | | | | | | |
| La police inclut-elle la FAQ 30 sur l’équipement fixé au véhicule? | | | | | | Oui  Non | |
| **Un assureur a-t-il déjà refusé de souscrire, restreint ou résilié un contrat d’assurance à l’endroit du proposant?** | | | | | | Oui  Non | |
| Si **OUI**, pourquoi? |  | | | | | | |
|  | | | | | | | |

**SECTION 3 – ACTIVITÉS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Description des activités du proposant et chiffres d’affaires annuels afférents :** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Activité** | | | | |  | **Chiffre d’affaires annuel projeté** | | | | |  | **Chiffre d’affaires annuel réalisé** | | |
|  | | | | |  |  | | | | $ |  |  | | $ |
|  | | | | |  |  | | | | $ |  |  | | $ |
|  | | | | |  |  | | | | $ |  |  | | $ |
|  | | | | |  |  | | | | $ |  |  | | $ |
| **Donnez le montant des recettes annuelles brutes pour les 3 dernières années :** | | | | | | | | | | | | | | |
| 20      : |  | $ |  | 20      : |  | | $ |  | 20      : | | | |  | $ |

**SECTION 4 - BÂTIMENTS OU LOCAUX**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Emplacements à couvrir** (si nécessaire, continuez sur une page séparée) **(SUITE AUTRE PAGE)** | | | | | | | |
|  |  | | |  | À cet endroit depuis : | |  |
|  | *Adresse*  Activité : |  | |  | Locataire | | *Année*  Propriétaire |
|  | Site de décharge sur place : | | Ouvert | | Fermé |  | Aucun |
|  | Précisez l’usage antérieur de l’emplacement : | |  | | |  | Aucun |
|  | Affectation des risques avoisinants : | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Emplacements à couvrir** (si nécessaire, continuez sur une page séparée) **(SUITE)** | | | | | | | | | | | |
| 2 |  | | | | | |  | À cet endroit depuis : | |  | |
|  | *Adresse*  Activité : |  | | | | |  | Locataire | | *Année*  Propriétaire | |
|  | Site de décharge sur place : | | | | Ouvert | | | Fermé |  | Aucun | |
|  | Précisez l’usage antérieur de l’emplacement : | | | |  | | | |  | Aucun | |
|  | Affectation des risques avoisinants : | | | |  | | | | | | |
| 3 |  | | | | | |  | À cet endroit depuis : | |  | |
|  | *Adresse*  Activité : |  | | | | |  | Locataire | | *Année*  Propriétaire | |
|  | Site de décharge sur place : | | | | Ouvert | | | Fermé |  | Aucun | |
|  | Précisez l’usage antérieur de l’emplacement : | | | |  | | | |  | Aucun | |
|  | Affectation des risques avoisinants : | | | |  | | | | | | |
| 4 |  | | | | | |  | À cet endroit depuis : | |  | |
|  | *Adresse*  Activité : |  | | | | |  | Locataire | | *Année*  Propriétaire | |
|  | Site de décharge sur place : | | | | Ouvert | | | Fermé |  | Aucun | |
|  | Précisez l’usage antérieur de l’emplacement : | | | |  | | | |  | Aucun | |
|  | Affectation des risques avoisinants : | | | |  | | | | | | |
| Parmi les emplacements couverts, est-ce que certains sont occupés par une société autre que le proposant? | | | | | | | | | | | Oui  Non |
| Si **OUI**, énumérez les sociétés et leurs activités : | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **À l’un ou l’autre des emplacements couverts, des permis environnementaux sont-ils nécessaires (air, rejet, entreposage de** | | | | | | | | | | | |
| **déchets dangereux)?** | | | | | | | | | | | Oui  Non |
| **Y a-t-il un(des) puit(s) de surveillance des eaux souterraines à l’un ou l’autre des emplacements couverts?** | | | | | | | | | | | Oui  Non |
| Si **OUI**, précisez : | | | |  | | | | | | | |
| **Y a-t-il un(des) incinérateur(s) à l’un ou l’autre des emplacements couverts?** | | | | | | | | | | | Oui  Non |
| Si **OUI**, précisez l’âge des incinérateurs et les matières incinérées : | | | | | | | | | | | |
| **Âge des incinérateurs** | | |  | **Matières incinérées** | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parmi les emplacements couverts, y a-t-il des réservoirs d’entreposage souterrain ou hors terre?** | | Oui  Non |
| Si **OUI**, **veuillez compléter la PROPOSITION RESPONSABILITÉ POLLUTION POUR LES RÉSERVOIRS D’ENTREPOSAGE** | | |
| **Au cours des 5 dernières années, le proposant a-t-il modifié les procédés à l’un ou l’autre des emplacements couverts, pouvant** | | |
| **diminuer ou augmenter les risques de pollution?** | | Oui  Non |
| Si **OUI**, précisez : |  | |
| Au cours des 12 prochains mois, le proposant prévoit-il apporter des modifications à l’un ou l’autre des emplacements couverts? | | Oui  Non |
| Si **OUI**, précisez : |  | |
| Le proposant prévoit-il vendre ou sous-louer un ou l’autre des emplacements couverts? | | Oui  Non |
| Si **OUI**, précisez : |  | |

**SECTION 5 – GESTION DE RISQUE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Manipulation des matières premières** | | | | | | | | | | | | | |
| Le proposant exerce-t-il directement ou indirectement des activités liées aux produits ou aux déchets d’amiante? | | | | | | | | | | | | | Oui  Non |
| Si **OUI**, précisez : | | |  | | | | | | | | | | |
| À l’un ou l’autre des emplacements couverts, des allégations, plaintes ou des problèmes de santé sont-ils survenus en lien avec la | | | | | | | | | | | | | |
| présence de peinture au plomb, d’amiante ou du développement de la pneumophila? | | | | | | | | | | | | | Oui  Non |
| Si **OUI**, précisez : | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Précisez les matières premières utilisées aux emplacements couverts listés dans la **SECTION 4** | | | | | | | | | | | | | |
| **Type de matières** | | | | |  | **Quant. tot. annuelle** |  | **Quant. max./moment** | | |  | **Entreposage** | |
|  | | | | |  |  |  |  | | |  | Intérieur  Extérieur  Conteneur | |
|  | | | | |  |  |  |  | | |  | Intérieur  Extérieur  Conteneur | |
|  | | | | |  |  |  |  | | |  | Intérieur  Extérieur  Conteneur | |
| Le proposant entrepose-t-il des pneus à l’un ou l’autre des emplacements couverts? | | | | | | | | | | | | | Oui  Non |
| Si **OUI**, complétez le tableau suivant : | | | | | | | | | | | | | |
| **Quant. tot. entreposée/moment** | |  | | **Entreposage** | | | | |  | **Mesure de prévention d’incendie mis en place** | | | |
|  | |  | | Intérieur  Extérieur  Conteneur | | | | |  |  | | | |
|  | |  | | Intérieur  Extérieur  Conteneur | | | | |  |  | | | |
|  | |  | | Intérieur  Extérieur  Conteneur | | | | |  |  | | | |
| **Le proposant maintient-il un plan de prévention, de contrôle et de confinement en cas de déversement ou un plan d'intervention** | | | | | | | | | | | | | |
| **d'urgence?** Si **OUI**, veuillez fournir une copie du plan. | | | | | | | | | | | | | Oui  Non |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Élimination des déchets solides et semi-solides** | | | | | | | | | | | | | | |
| Indiquez le processus d’élimination des déchets aux emplacements couverts (réservoir de retenue, injection en puits profond, décharge contrôlée, etc.) | | | | | | | | | | | | | | |
| **Composition des déchets** | | |  | **Quantité de déchets éliminés sur place** | | | | |  | **Méthode d’élimination des déchets** | | | | |
|  | | |  |  | | | | |  |  | | | | |
|  | | |  |  | | | | |  |  | | | | |
|  | | |  |  | | | | |  |  | | | | |
|  | | |  |  | | | | |  |  | | | | |
| Indiquez le processus d’élimination des déchets HORS DES LIEUX couverts | | | | | | | | | | | | | | |
| **Composition des déchets** |  | **Période d’entreposage sur lieux couverts** | | |  | | **Méthode d’entreposage sur les lieux couverts (avant le transport aux installations)** | | | |  | **Quant. entreposée  par année** |  | **Nom et emplacement de l’installation  d’élimination des déchets** |
|  |  |  | | |  | |  | | | |  |  |  |  |
|  |  |  | | |  | |  | | | |  |  |  |  |
|  |  |  | | |  | |  | | | |  |  |  |  |
|  |  |  | | |  | |  | | | |  |  |  |  |
| Indiquez l’information sur le transport des déchets | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom du transporteur des déchets** | | | | | |  | | **Type de déchets transportés** | | | | |  | **Déchets transportés aux États-Unis** |
|  | | | | | |  | |  | | | | |  | Oui  Non |
|  | | | | | |  | |  | | | | |  | Oui  Non |
|  | | | | | |  | |  | | | | |  | Oui  Non |
|  | | | | | |  | |  | | | | |  | Oui  Non |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Décrivez les installations d’épuration visant à diminuer la concentration de contaminant des effluents provenant des emplacements couverts : | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aux emplacements couverts, décrivez les équipements utilisés afin de contrôler les émissions atmosphériques : | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aux emplacements couverts, décrivez les procédés utilisés pour recycler, réutiliser ou séparer les substances provenant des déchets traités : | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Risques liés à l’utilisation de véhicules** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Type de véhicule** |  | **Nombre** | | |  | **Équipement fixe sur les véhicules** | | | |  | | **Rayon d’utilisation** | |  | | **Utilisation aux É-U** |
|  |  |  | | |  |  | | | |  | |  | km |  | | Oui  Non |
|  |  |  | | |  |  | | | |  | |  | km |  | | Oui  Non |
|  |  |  | | |  |  | | | |  | |  | km |  | | Oui  Non |
|  |  |  | | |  |  | | | |  | |  | km |  | | Oui  Non |
| **Inspection des endroits couverts** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indiquez le nom et le numéro de téléphone de chaque personne-ressource pour les inspections de chaque emplacement couvert. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Prénom, nom de la personne-ressource** | | | | | | |  | **Numéro de téléphone** | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  |  | | | | | | | | |
| **Au cours des 5 dernières années, le proposant ou un tiers a-t-il enquêté ou effectué une vérification environnementale** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **des emplacements couverts ou des activités du proposant?** | | | | | | | | | | | | | | | Oui  Non | |
| Si **OUI**, veuillez fournir une copie du rapport. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Le proposant a-t-il un comité, ou des employés affectés à la protection de l’environnement? | | | | | | | | | | | | | | | Oui  Non | |
| Si **OUI**, précisez leurs fonctions et indiquez leur supérieur immédiat : | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Employé** | | |  | **Fonction** | | | | |  | | **Supérieur immédiat** | | | | | |
|  | | |  |  | | | | |  | |  | | | | | |
|  | | |  |  | | | | |  | |  | | | | | |
|  | | |  |  | | | | |  | |  | | | | | |
|  | | |  |  | | | | |  | |  | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Y a-t-il des normes, lois, ou règlements municipaux, provinciaux ou fédéraux sur la protection de l’environnement auxquels | | |
| le proposant ne peut actuellement se conformer? | | Oui  Non |
| Si **OUI**, précisez : |  | |
|  | | |
| Est-ce que l’un des emplacements couverts est contaminé ou si des déchets y sont enfouis? | | Oui  Non |
| Si **OUI**, précisez : |  | |
|  | | |

**SECTION 6 – SINISTRES ANTÉRIEURS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Le proposant a-t-il eu des sinistres, incluant des sinistres sous un autre nom pour activités similaires?** | | | | | | | | | | Oui  Non |
| **Fournir la liste complète des sinistres des 5 dernières années, que la réclamation ait été payée ou non.** | | | | | | | | | | |
| **Date** |  | **Description des dommages** | |  | **Montant payé ou en suspend** | |  | **Statut** | | |
|  |  |  | |  |  | $ |  |  | | |
| *JJ/MM/AA* |  |  | |  |  | $ |  |  | | |
| *JJ/MM/AA* |  |  | |  |  | $ |  |  | | |
| *JJ/MM/AA* |  |  | |  |  | $ |  |  | | |
| *JJ/MM/AA* |  |  | |  |  | $ |  |  | | |
| *JJ/MM/AA* |  |  | |  |  |  |  |  | | |
| Au cours des 5 dernières années, le proposant a -t-il été poursuivi pour être contrevenu à une norme ou une loi se rapportant au | | | | | | | | | | |
| déversement d’une substance depuis un emplacement couvert (dans les égouts, les cours d’eau, la mer, l’air ou sur le sol)? | | | | | | | | | Oui  Non | |
| Si **OUI**, précisez : | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Le proposant est-il au fait de situation ou de circonstance pouvant donner lieu à une réclamation contre lui, ou contre toute autre | | | | | | | | | | |
| entité ou personne pour laquelle une protection est demandée? | | | | | | | | | Oui  Non | |
| Si **OUI**, précisez : | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Si non mentionné ci-haut, détaillez toute réclamation ou incident lié au transport de marchandises au cours des 5 dernières années, | | | | | | | | | | |
| tout type de police confondu. | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

**SECTION 7 – COMMENTAIRES ADDITIONNELS**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Est-ce que les propriétaires ont déjà fait l’objet de poursuites au criminel? | Oui  Non |
| Si **OUI**, joindre une copie du dossier plumitif. | |

**DÉCLARATION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LE PROPOSANT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS ET FAITS QUI PRÉCÈDENT SONT CONFORMES ET VÉRIDIQUES ET QUE RIEN N’Y A ÉTÉ OMIS NI FAUSSÉ. | | |
|  |  |  |
| *Signature du proposant*  Si ce document est signé au nom d’une compagnie, indiquez le poste occupé |  | *JJ/MM/AA* |
| **La proposition doit être signée par un dirigeant, un administrateur de l'Assuré nommé proposé.** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
| *Signature du courtier* |  | *JJ/MM/AA* |

Pour envoyer votre demande de soumission ou pour contacter notre équipe, écrivez-nous à : [mtl.cgl@tottengroup.com](mailto:tot.cgl@tottengroup.com) .  
Notre équipe se fera un plaisir de voir si nous pouvons vous aider avec votre risque!