

# Proposition

## Assurance responsabilité professionnelle pour les membres du Conseil des professionnels en services financiers (CDPSF)

---

Veillez répondre à toutes les questions sans exception, en indiquant « sans objet » (s/o), s'il y a lieu.

### LE PROPOSANT

---

1. Nom du proposant/cabinet : \_\_\_\_\_  
Numéro d'inscription auprès de l'AMF : \_\_\_\_\_
2. Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Site web : \_\_\_\_\_ Adresse électronique : \_\_\_\_\_
3. Nombre d'années d'expérience : \_\_\_\_\_
4. (a) Le proposant exerce-t-il ses activités à titre de :  
 Représentant autonome       Cabinet à représentant unique       Cabinet à représentants multiples  
(b) Si la demande concerne un cabinet, veuillez répondre aux questions suivantes :  
(i) Liste des actionnaires du cabinet : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(ii) Liste des représentants rattachés (voir Annexe à la page 4).
5. Le proposant est-il détenteur de permis dans d'autres provinces hors du Québec? OUI  NON   
Dans l'affirmative, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
6. Veuillez indiquer les noms des cabinets auxquels vous êtes rattachés : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Veuillez indiquer le total des revenus bruts annuels tirés des activités (*en dollars canadiens*) pour les 12 derniers mois et projetés tout en y incluant la ventilation des revenus par territoire :

	Revenus brut annuels 12 derniers mois (\$ CAN)		Revenus brut annuels Projetés (\$ CAN)
Canada :	_____ \$		_____ \$
États-Unis :	_____ \$		_____ \$
Autres Pays (précisez) :	_____ \$		_____ \$

8. Le pourcentage du revenu brut annuel provenant des disciplines suivantes :

Champs de pratique	% (total doit être 100 %)
Assurance de personnes/Assurance-vie	
Assurance collective de personnes/Assurance-vie collective	
Épargne collective (Fonds mutuels)	
Fonds distincts	
Plans de bourses d'études	
Planification financière	
Assurance de dommages	
Marché dispensé	
Autres (précisez)	

9. Le proposant ou ses représentants ont-ils déjà fait l'objet d'une enquête, d'une suspension ou d'une mesure disciplinaire par son organisme de réglementation? OUI  NON

Dans l'affirmative, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

10. Le proposant est-il conforme aux recommandations apportés lors d'une inspection par l'organisme de réglementation des institutions financières de sa province (à répondre seulement si vous avez répondu « oui » à la question 9)? OUI  NON

### **STATISTIQUES DE SINISTRES - Si vous êtes assuré chez ENCON, ne remplissez pas cette section.**

11. Dans le passé, le proposant ou un de ses représentants ont-ils reçu une plainte, verbale ou écrite, de négligence pour services professionnels rendus? OUI  NON

12. Dans le passé, le proposant ou un de ses représentants ont-ils fait l'objet d'une ou plusieurs réclamations? OUI  NON

Dans l'affirmative, annexer les détails.

13. Le proposant ou un de ses représentants sont-ils au courant de faits, circonstances ou situations pouvant raisonnablement donner lieu à une réclamation, autre que mentionnée ci-dessus? OUI  NON

Dans l'affirmative, annexer les détails.

SOUS RÉSERVE DE TOUT AUTRE RECOURS DONT DISPOSE L'ASSUREUR, IL EST ENTENDU QUE S'IL Y A CONNAISSANCE DE FAITS, DE CIRCONSTANCES OU DE SITUATIONS POUVANT DONNER LIEU À UNE RÉCLAMATION OU À UNE POURSUITE, CES DERNIÈRES SERONT EXCLUES DE LA COUVERTURE VISÉE PAR LA PRÉSENTE ASSURANCE.

### **ASSURANCE CONTRE LES ERREURS ET OMISSIONS ANTÉRIEURE - Si vous êtes assuré chez ENCON, ne remplissez pas cette section.**

14. (a) Le proposant a-t-il déjà acheté une assurance responsabilité professionnelle ou une assurance contre les erreurs et omissions? OUI  NON

(b) Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants (ou annexer les détails) :

Assureur	Date d'échéance	Prime à l'échéance	Limite	Franchise
_____	_____	_____ \$	_____ \$	_____ \$

15. Le proposant a-t-il déjà eu une assurance similaire qui lui a été refusée, annulée ou non renouvelée? OUI  NON

Dans l'affirmative, veuillez préciser en annexe.

## ASSURANCE CONTRE LES ERREURS ET OMISSIONS DEMANDÉE

---

17. Veuillez indiquer les limites pour lesquelles une proposition de tarif est demandée :

- 500 000 \$ par sinistre/1 000 000 \$ par période d'assurance  
 1 000 000 \$ par sinistre/2 000 000 \$ par période d'assurance  
 2 000 000 \$ par sinistre/5 000 000 \$ par période d'assurance  
 5 000 000 \$ par sinistre/5 000 000 \$ par période d'assurance

Autres : \_\_\_\_\_

Franchise :  0 \$  1 000 \$  2 500 \$  5 000 \$

## CONSENTEMENT DU PROPOSANT À L'ÉGARD DE LA TRANSMISSION DE L'INFORMATION FIGURANT DANS LA PROPOSITION

---

Par les présentes, je reconnais que mon courtier d'assurance obtient l'information fournie dans la proposition afin de la transmettre au Groupe ENCON inc. dans l'unique but d'obtenir une police d'assurance, et que cette information sera gardée confidentielle.

En outre, j'autorise le Groupe ENCON inc. ainsi que ses assureurs et fournisseurs de services à faire ce qui suit :

- effectuer des vérifications, en faisant appel à des sources extérieures, à l'égard de l'information figurant dans la proposition, dans les documents joints et dans les documents fournis ultérieurement;
- en présence d'une réclamation, transmettre l'information soumise et vérifiée à des bureaux d'experts en sinistres, à des cabinets d'avocats ou à d'autres bureaux similaires, aux fins des enquêtes, de la préparation de la défense, des négociations ou du règlement de la réclamation qui peuvent être nécessaires;
- donner avis à l'Autorité des marchés financiers de la réception de toute réclamation aux termes du contrat d'assurance conformément à la *Loi sur la distribution des produits et services financiers*, L.R.Q. ch. D-9 2, et *Règlement sur l'exercice des activités des représentants*.

Pour de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels d'ENCON, veuillez vous adresser au dirigeant chargé de la protection des renseignements personnels au [dprp@encon.ca](mailto:dprp@encon.ca).

## DÉCLARATIONS ET SIGNATURE

---

Le proposant soussigné de la présente assurance déclare qu'à sa connaissance, les déclarations faites aux présentes sont véridiques et exactes, et que des efforts raisonnables ont été déployés afin d'obtenir l'information suffisante dans le but de remplir adéquatement cette proposition d'assurance. Le soussigné convient que, si des changements importants sont découverts dans la situation du proposant entre la date de la présente proposition et la date d'entrée en vigueur de la police, qui feraient en sorte que la présente proposition serait inexacte ou incomplète, un avis écrit indiquant ces changements sera immédiatement donné au gestionnaire d'assurance.

Bien que la signature de la présente proposition n'engage pas le proposant à la souscription de l'assurance, le proposant soussigné convient également que le présent formulaire de même que les renseignements qu'il renferme formeront le fondement du contrat si une police est émise, et que le présent formulaire sera intégré à la police.

\_\_\_\_\_  
Nom du proposant (lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Titre/Poste

\_\_\_\_\_  
Signature de proposant

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)

### ANNEXE 1

Veuillez indiquer les noms de tous les individus licenciés œuvrant pour le compte du proposant.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			11
Nom	Assurance de dommages	Assurance collective de personnes	Assurance de personnes	Épargne collective	Plan de bourses d'études	Planification financières	Marché dispensé	Province(s)	ENREGISTREMENT AUPRÈS DE L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS			Précisez et fournir les détails si objet d'une suspension
									(a) représentant autonome	(b) représentant rattaché		
									(i) employé	(ii) sans y être employé		

**\*Pour toute information concernant votre enregistrement, veuillez contacter l’Autorité des marchés financiers.**