

## SOLUTIONS POUR LE RISQUE DE GESTION D'ACTIFS – PROPOSITION D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE – RESPONSABILITÉ DES FIDUCIAIRES

LA PRÉSENTE PROPOSITION D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FAIT PARTIE DE LA PROPOSITION D'ASSURANCE PRÉSENTÉE PAR LE PROPOSANT OU EN SON NOM POUR L'ASSURANCE PROPOSÉE. LES AVIS, LES CONDITIONS ET LES DÉCLARATIONS CONTENUES DANS CES PROPOSITIONS SONT INTÉGRÉS À LA PRÉSENTE PROPOSITION D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE ET S'Y APPLIQUENT. LA PRÉSENTE PROPOSITION D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE DOIT ÊTRE REMPLIE SI LE PROPOSANT DEMANDE UNE ASSURANCE DE LA RESPONSABILITÉ DES FIDUCIAIRES.

Si l'espace ne suffit pas pour répondre en détail aux questions ci-dessous, veuillez joindre à la présente proposition d'assurance un document distinct afin de fournir des réponses complètes.

### I. PROPOSANT

Nom du proposant (tel qu'il est indiqué dans la proposition d'assurance Solutions pour le risque de gestion d'actifs) :

1. Joignez une copie des documents suivants :

- Les derniers états financiers audités par un CPA pour chacun des cinq (5) plus importants régimes de retraite du proposant (en ce qui a trait à l'actif total), avec des portefeuilles de placement.
- Les derniers états financiers audités par un CPA pour chacun des régimes du proposant visant à investir principalement dans des titres d'employeurs ou qui investissent plus de dix pour cent (10 %) de l'actif dans des titres d'employeurs.

2. Indiquez le ou les régimes d'avantages sociaux du proposant pour lesquels l'assurance est demandée :

Nom des régimes (N'incluez pas les régimes de soins de santé et de bien-être.)	Actif total (valeur marchande)	Type de régime*	Admissible?		Nombre de participants
			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

\* Utilisez les descriptions suivantes pour le type de régime : Régime à cotisations déterminées (CD), Régime à prestations déterminées (PD), Régime d'actionnariat des employés (RAE), Régime de bien-être (BE), Autres (A)

3. Si un régime pour lequel une assurance est demandée détient des titres du proposant ou investit dans des titres du proposant, veuillez fournir une explication détaillée pour chacun de ces régimes, y compris le nom du régime, le nombre d'actions détenues et la valeur de l'action la plus récente :

Si cette situation ne s'applique pas, cochez ici :

4. Le proposant gère-t-il des actifs du ou des régimes?  Oui  Non

Dans la négative, indiquez le conseiller en placement indépendant responsable de la gestion de l'actif du régime et expliquez en détail les procédures de placement :

5. À quelle fréquence le proposant examine-t-il le rendement des gestionnaires de placements de chaque régime?  
 Au moins deux fois par année       Moins de deux fois par année (veuillez fournir une explication détaillée) :
- 

6. À quelle fréquence les fiduciaires des régimes établissent-ils ou modifient-ils les lignes directrices et les objectifs des gestionnaires de placement à l'égard des régimes?  
 Au moins deux fois par année       Moins de deux fois par année (veuillez fournir une explication détaillée) :
- 

7. Le proposant suit-il une procédure écrite pour déterminer le caractère raisonnable de tous les frais des régimes, y compris des ententes de partage des revenus?  Oui     Non

8. Le proposant a-t-il un régime ou des régimes interentreprises ou d'employeurs multiples?  Oui     Non  
Dans l'affirmative, indiquez les régimes concernés, y compris le type de régime :
- 

9. Dressez la liste de tous les fournisseurs de services-conseils en placement, en actuariat, en droit, en administration et en avantages sociaux auxquels le proposant a recours :
- 

Si cette situation ne s'applique pas, cochez ici :

10. Est-ce que l'un des régimes du proposant a fait l'objet ou fera l'objet d'une demande de résiliation?  Oui     Non  
Dans l'affirmative, veuillez fournir une explication détaillée pour chacun de ces régimes, en indiquant si le proposant a reçu l'approbation de l'organisme de réglementation provincial ou fédéral responsable des régimes de retraite pour une telle résiliation :
- 

Si un organisme de réglementation n'a pas approuvé la résiliation, veuillez fournir une explication détaillée :

---

11. Au cours des deux (2) dernières années, est-ce qu'un ou des régimes du proposant (ou une partie d'un régime) ont été vendus, transférés ou résiliés?  Oui     Non  
Dans l'affirmative, veuillez fournir une explication détaillée pour chacun de ces régimes, y compris la date de la transaction, la situation concernant la distribution des actifs, si des avantages sociaux similaires sont offerts ainsi que le nom de l'assureur si les avantages sociaux du ou des régimes résiliés sont inclus dans une assurance :
- 

12. Au cours des deux (2) dernières années, y a-t-il eu des modifications à l'un des régimes du proposant qui ont entraîné ou pourraient entraîner une modification ou une réduction des avantages sociaux?  Oui     Non  
Dans l'affirmative, veuillez fournir une explication détaillée :
-

13. Au cours des douze (12) derniers mois, y a-t-il eu une fusion, une acquisition, une restructuration ou une consolidation par le proposant ou touchant celui-ci qui a entraîné ou pourrait entraîner le transfert de participants à l'un des régimes du proposant à un autre régime ou à une autre société, ou de tels changements sont-ils actuellement considérés?  Oui  Non
- Dans l'affirmative, veuillez fournir une explication détaillée :

14. Activités passées :
- a. L'un des fiduciaires visés par les régimes du proposant a-t-il été :
    - i. accusé, reconnu coupable ou tenu responsable d'un abus de confiance?  Oui  Non
    - ii. déclaré coupable d'un acte criminel?  Oui  Non
    - iii. accusé, reconnu coupable ou tenu responsable d'un comportement malhonnête, frauduleux ou criminel?  Oui  Non
  - b. Au cours des trois (3) dernières années, des réclamations (autres que pour des prestations) ont-elles été présentées à l'égard de l'un des programmes d'avantages sociaux du proposant ou d'un ou de plusieurs fiduciaires actuels ou passés de ces programmes d'avantages sociaux?  Oui  Non
  - c. Y a-t-il eu une évaluation des frais, des amendes ou des pénalités dans le cadre d'un programme de résolution des plaintes ou d'un programme de règlement volontaire similaire administré par l'ARC, un organisme de réglementation fédéral ou provincial des régimes de retraite ou toute autre autorité gouvernementale qui ont été imposés contre l'un des régimes du proposant?  Oui  Non

Veuillez fournir une explication détaillée pour chaque réponse affirmative à la question 14, le cas échéant :

Lorsque, sciemment et dans le but de frauder une compagnie d'assurance ou une autre personne, toute personne soumet une proposition d'assurance contenant de faux renseignements, ou dissimule, dans le but d'induire en erreur, des renseignements concernant des faits importants à cet effet, elle peut être coupable de commettre un acte frauduleux en matière d'assurance, ce qui constitue un délit et expose la personne à des sanctions pénales et civiles.

## II. SIGNATURE ET AUTORISATION

SI LE PROPOSANT PRÉFÈRE SOUMETTRE LA PRÉSENTE PROPOSITION PAR VOIE ÉLECTRONIQUE À L'ASSUREUR, SON MANDATAIRE AUTORISÉ DOIT LE FAIRE EN COCHANT LA CASE CI-DESSOUS ET EN SAISISANT SON NOM ET LA DATE. CE FAISANT, LE PROPOSANT ET SON MANDATAIRE AUTORISÉ CONSENTENT PAR LES PRÉSENTES À CE QUE L'UTILISATION PAR LE MANDATAIRE AUTORISÉ D'UN CLAVIER, D'UNE SOURIS OU D'UN AUTRE APPAREIL POUR COCHER LA CASE DE SIGNATURE ET D'ACCEPTATION ÉLECTRONIQUES CONSTITUE LEURS SIGNATURE, ACCEPTATION ET ENTENTE COMME SI LE MANDATAIRE AUTORISÉ AVAIT APOSÉ SA SIGNATURE PAR ÉCRIT ET A LA MÊME FORCE ET LE MÊME EFFET QU'UNE SIGNATURE MANUSCRITE.

**SIGNATURE ET ACCEPTATION DU MANDATAIRE AUTORISÉ**

Pour apposer votre signature numérique, vous n'avez qu'à :

1. Cocher la case appropriée.
2. Entrer le nom du mandataire autorisé et la date.

La case doit être cochée par un associé, un directeur, un administrateur ou un dirigeant du proposant (ou le titulaire d'un poste équivalent).

Nom du proposant : \_\_\_\_\_

Par (signature autorisée) : \_\_\_\_\_

Nom et poste : \_\_\_\_\_

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

REMARQUE : LA PRÉSENTE PROPOSITION DOIT ÊTRE SIGNÉE PAR UN ASSOCIÉ, UN DIRECTEUR, UN ADMINISTRATEUR OU UN DIRIGEANT DU PROPOSANT AGISSANT À TITRE DE MANDATAIRE AUTORISÉ DE TOUTES LES PERSONNES ET ENTITÉS PROPOSÉES POUR LA PRÉSENTE ASSURANCE.