



PRATICIENS DE MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE

VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS, EN INSCRIVANT « SANS OBJET » SI LA QUESTION N'EST PAS PERTINENTE. EN CAS D'ESPACE INSUFFISANT, RÉPONDEZ SUR DES FEUILLES DISTINCTES.

1. Nom du Proposant : _____

Date de naissance : _____

2. Raison sociale (Si différente du nom ci-dessus) : _____

3. Avez-vous déjà participé à une activité semblable sous un autre nom ? Oui Non
Si oui, veuillez fournir des précisions :

4. i) Adresse : _____

ii) Adresse (s) de pratique / d'affaires
(Si différente de celle mentionnée ci-dessus) :

Lorsque de l'assurance est demandée pour plus d'un emplacement, veuillez annexer une liste de toutes les adresses.

5. i) Veuillez indiquer vos revenus bruts annuels excluant les revenus provenant de la vente de biens.
S'il s'agit d'une nouvelle entreprise, veuillez estimer les revenus pour les 12 prochains mois :

ii) Indiquez le pourcentage de votre revenu annuel brut qui provient :

Des États-Unis _____ % D'Autres pays étrangers _____ %

iii) Nombre total de :

Traitements _____ Sessions _____ Consultations _____

6. i) Dans quelle(s) branche(s) de la médecine complémentaire êtes-vous qualifié et, le cas échéant, pour laquelle / lesquelles détenez-vous un permis de pratique ?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acupuncture | <input type="checkbox"/> Digitopuncture | <input type="checkbox"/> Technique d'Alexandre |
| <input type="checkbox"/> Aromathérapie | <input type="checkbox"/> Ayurvéda | <input type="checkbox"/> Remède de Bach |
| <input type="checkbox"/> Méthode de Bates | <input type="checkbox"/> Biochimie | <input type="checkbox"/> Chiropratique |
| <input type="checkbox"/> Irrigation du colon | <input type="checkbox"/> Thérapie de couleurs | <input type="checkbox"/> Thérapie craniosacrée |
| <input type="checkbox"/> Cristal thérapie | <input type="checkbox"/> Services de conseils | <input type="checkbox"/> Guérison / Reiki |
| <input type="checkbox"/> Aromathérapie | <input type="checkbox"/> Homéopathie | <input type="checkbox"/> Hypnose |
| <input type="checkbox"/> Iridologie | <input type="checkbox"/> Kinésiologie | <input type="checkbox"/> Toucher thérapie |
| <input type="checkbox"/> Massage | <input type="checkbox"/> Moxibustion | <input type="checkbox"/> Musicothérapie |
| <input type="checkbox"/> Thérapie multivitamines | <input type="checkbox"/> Naturopathie | <input type="checkbox"/> Thérapie nutritionnelle |
| <input type="checkbox"/> Ostéopathie | <input type="checkbox"/> Thérapie de polarité | <input type="checkbox"/> Psychothérapie |
| <input type="checkbox"/> Radionique | <input type="checkbox"/> Réflexologie | <input type="checkbox"/> Rolfing (Intégration) |
| <input type="checkbox"/> Shiatsu | <input type="checkbox"/> Yoga | |
| <input type="checkbox"/> Autres (Veuillez préciser) : _____ | | |

ii) Sur une feuille séparée, veuillez préciser de façon détaillée vos compétences et les cours que vous avez suivis à l'égard des branches de la médecine énumérées ci-dessus.

7. Veuillez fournir les précisions sur la nature des dossiers-patients que vous détenez, où et de quelle façon ils sont sauvegardés et pendant combien de temps ils sont gardés :

Veuillez noter qu'une des conditions de la police demandée que tous les dossiers patients soient gardés pendant au moins 10 ans, et dans le cas des mineurs, au moins 10 ans suivant l'atteinte de la majorité.

8. Veuillez fournir une répartition en pourcentage approximatif de votre travail selon les catégories suivantes en déclarant si vous êtes un employé ou un travailleur autonome :

	<u>Employé</u>	<u>Travailleur autonome</u>
La pratique privée du Proposant	_____	_____
Cliniques	_____	_____
Établissements privés de soins infirmiers non-chirurgicaux	_____	_____
Maisons et hospices	_____	_____
Résidences de patients	_____	_____
Autres (Veuillez spécifier)	_____	_____
TOTAL	_____	_____

Si vous êtes un employé, veuillez indiquer le nom de votre employeur :

9. Possédez-vous (en tout ou en partie), opérez-vous ou administrez-vous un hôpital, une maison de soins infirmiers ou un autre établissement médical ? Oui Non

Si vous répondez oui, vous devez remplir une proposition additionnelle.

10. i) Parmi les personnes impliquées dans le traitement et les soins des patients, certaines souffrent-elles d'une incapacité, d'une maladie transmissible, e.g. hépatite, H.I.V., etc. ou d'un autre empêchement pouvant affecter l'exercice de leurs obligations professionnelles ou mettre les patients ou clients en danger ? Oui Non

Si oui, quelles procédures sont en places ?

- ii) Le Proposant ou tout employé impliqué dans le traitement des patients a-t-il déjà été reconnu coupable d'une infraction criminelle (autre qu'une infraction routière mineure) ou fait l'objet d'une enquête ou de procédures disciplinaires professionnelles ? Oui Non

Si oui, veuillez fournir des précisions :

11. Êtes-vous membre d'une organisation professionnelle ou inscrit auprès d'un organisme auto-réglementé ? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer laquelle / lequel et la période d'enregistrement :

12. Si vous êtes un employé, la souscription à une assurance responsabilité civile professionnelle médicale ou l'adhésion à tout programme d'assurance en protection médicale est-elle une condition de votre emploi ? Oui Non

Si oui, veuillez fournir des précisions :

13. Avez-vous déjà eu une assurance de la Responsabilité Civile Médicale ? Oui Non

i) Si oui, indiquez le nom de l'assureur :

ii) L'assurance était-elle basée sur la survenance des dommages ou la date des réclamations :

Survenance des dommages Date des réclamations

iii) Si l'assurance actuelle est basée sur la date des réclamations, indiquez la date limite de rétroactivité : _____

iv) Montant de garantie actuel : _____

v) Franchise actuelle _____

vi) Si vous êtes assuré actuellement, vous a-t-on offert un renouvellement ? Oui Non
Si non, indiquez pourquoi :

14. Veuillez compléter les renseignements ci-dessous pour chaque membre du personnel à être assuré :

Temps plein / Temps partiel	Branche de médecine complémentaire	Diplômes	Date des diplômes
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

15. À votre connaissance, vous a-t-on déjà refusé ou mit fin à une assurance, celle d'un associé, d'un dirigeant, d'un prédécesseur de l'entreprise ou même d'associés ou de dirigeants antérieurs ? Oui Non

Si oui, veuillez fournir des précisions :

16. a) Des réclamations ont-elles été faites contre vous, toute entreprise antérieure, tout associé ou dirigeant, ancien ou actuel ? Oui Non
- b) Connaissez-vous des circonstances, actes, erreurs ou omissions qui puissent entraîner des réclamations contre vous, toute entreprise antérieure, tout associé ou dirigeants, ancien ou actuel ? Oui Non

SI LA RÉPONSE À LA QUESTION 16. a) OU 16. b) EST OUI, VEUILLEZ COMPLÉTER LE FORMULAIRE D'HISTORIQUE DE RÉCLAMATION CI-JOINT.

NOTE : LA POLICE NE COUVRE AUCUNE RÉCLAMATION OU CIRCONSTANCE DÉCRITE À LA QUESTION 16. a) OU 16. b), NI CIRCONSTANCE, ACTE, ERREUR OU OMISSION CONNU PAR LE PROPOSANT AVANT LA DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA POLICE QUI PUISSE ENTRAÎNER UNE RÉCLAMATION.

17. Assurance requise :

LIMITES :

1 000 000 \$

2 000 000 \$

3 000 000 \$

4 000 000 \$

5 000 000 \$

6 000 000 \$

7 000 000 \$

8 000 000 \$

9 000 000 \$

10 000 000 \$

Autre _____

FRANCHISES :

1 000 \$

2 500 \$

5 000 \$

10 000 \$

25 000 \$

Autre _____

Nous affirmons, par la présente, que les déclarations et les précisions énoncées ci-dessus sont véridiques. Nous n'avons fait aucune fausse déclaration et n'avons supprimé aucun fait important. Nous convenons que la présente proposition servira de fondement pour toute assurance souscrite avec l'Assureur, et que les limites et franchises, telles que stipulées dans ladite assurance, auront force de loi.

Il est convenu que le fait de compléter la présente proposition ne lie aucunement l'Assureur pour l'émission d'une police d'assurance et inversement, le proposant pour la souscription de ladite assurance.

Dans l'éventualité où le proposant reçoit des informations qui influencent les questions 16. a) ou 16. b) de la présente proposition, et ceci, après avoir soumis la présente proposition à l'Assureur et avant la date d'entrée en vigueur d'une police d'assurance, il est convenu que l'Assuré en informera immédiatement l'Assureur par écrit.

LE SOUSSIGNÉ DÉCLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS LA PROPOSITION SONT CONFORMES À LA VÉRITÉ.

JE VOUS AUTORISE À RECUEILLIR, UTILISER ET COMMUNIQUER, DANS LA MESURE PERMISE PAR LA LOI ET DANS LE CADRE DE VOTRE CONTRAT D'ASSURANCE DES ENTREPRISES OU DE SON RENOUVELLEMENT, SA PROLONGATION OU SA MODIFICATION, LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS NÉCESSAIRES POUR ÉVALUER LE RISQUE, ENQUÊTER SUR LES SINISTRES, RÉGLER LES RÉCLAMATIONS ET PRÉVENIR OU DÉTECTER LA FRAUDE, NOTAMMENT LES RENSEIGNEMENTS SUR LA SOLVABILITÉ ET LES SINISTRES ANTÉRIEURS.

Aux fins de la Loi sur les sociétés d'assurances (Canada), ce contrat d'assurance Canadien a été établi dans le cadre des activités d'assurance au Canada des Souscripteurs du Lloyd's.

Signature du Proposant (Représentant Autorisé)

Date

ENVOYÉ PAR :

COURRIEL :

Pour la liste des personnes ressources, visitez :

www.markelinternational.ca

HISTORIQUE DE RÉCLAMATION

Nom du Proposant : _____ Date: _____

Réclamant : _____

Date de la réclamation : _____ Poursuite : Oui Non

Montant réclamé : _____ Aperçu de la responsabilité : _____

Indemnité payée : _____ Dépenses payées : _____

Réglé : Oui Non

Détails de la réclamation :

Réclamant : _____

Date de la réclamation : _____ Poursuite : Oui Non

Montant réclamé : _____ Aperçu de la responsabilité : _____

Indemnité payée : _____ Dépenses payées : _____

Réglé : Oui Non

Détails de la réclamation :

Réclamant : _____

Date de la réclamation : _____ Poursuite : Oui Non

Montant réclamé : _____ Aperçu de la responsabilité : _____

Indemnité payée : _____ Dépenses payées : _____

Réglé : Oui Non

Détails de la réclamation :