

PROPOSITION RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE MÉDICALE POUR PERSONNES MORALES FOURNISSEURS DE SERVICES DE SANTÉ

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. i) Nom du Proposant : _____

ii) Raison sociale si différente du nom ci-dessus : _____

iii) Depuis combien de temps le Proposant fait-il affaires sous le nom ci-dessus ? _____

2. Le Proposant ou ses principaux dirigeants ont-ils oeuvré, au cours des 5 dernières années, à des activités de santé sous un autre nom? Si c'est le cas, veuillez nous fournir les précisions sur une feuille séparée nous indiquant le nom, l'adresse d'affaires, l'adresse enregistrée et le type de services.

3. i) Adresse d'affaires :

ii) Adresse enregistrée
(si différente de celle mentionnée ci-dessus) :

N.B. Lorsque de l'assurance est demandée pour plus d'un emplacement, une proposition doit être complétée pour chacun.

4. i) Veuillez fournir le nom du propriétaire, du Proposant ou du holding : _____

ii) Veuillez identifier toute entité corporative ou privée d'origine américaine qui a un titre de propriété ou un intérêt soit dans le proposant ou dans son propriétaire ou son holding, et le pourcentage de leur participation : _____

iii) Durée de l'exploitation sous le propriétaire actuel : _____

5. i) Veuillez indiquer le total de vos honoraires / vos ventes / vos recettes brutes / financement gouvernemental :

a) au cours du dernier exercice financier _____

b) prévus pour l'exercice financier actuel _____

ii) Indiquez le pourcentage de votre revenu annuel brut total qui provient des citoyens :
 des États-Unis _____ % d'autres pays étrangers _____ %

iii) Veuillez indiquer le nombre approximatif de patients / clients :

- a) au cours de votre dernier exercice financier _____
b) prévus au cours de votre exercice financier actuel _____

6. i) **VEUILLEZ DÉTAILLER LES ACTIVITÉS COMMERCIALES POUR LESQUELLES L'ASSURANCE EST REQUISE**
(Cette question doit absolument être répondue) :

ii) Parmi les activités suivantes, veuillez indiquer celles où vous oeuvrez et, lorsqu'un * est indiqué, compléter l'addendum correspondant :

		% du revenu total
Procréation assistée *	<input type="checkbox"/>	_____
Banque de sang autologue	<input type="checkbox"/>	_____
Établissement de recherche clinique *	<input type="checkbox"/>	_____
Centre de santé et de conditionnement Physique / Gymnase *	<input type="checkbox"/>	_____
Santé et sécurité industrielles et en milieu de travail *	<input type="checkbox"/>	_____
Examens santé / Unité mobile *	<input type="checkbox"/>	_____
Centre d'inoculation / Voyage	<input type="checkbox"/>	_____
Personnel médical / Agence d'emploi *	<input type="checkbox"/>	_____
Enseignement médical	<input type="checkbox"/>	_____
Enseignement infirmier	<input type="checkbox"/>	_____
Laboratoire de pathologie *	<input type="checkbox"/>	_____
Rapatriement et / ou transport en ambulance *	<input type="checkbox"/>	_____

iii) S'il y a lieu, veuillez identifier et détailler tous changements ou développements importants qui auront lieu dans les 12 prochains mois :

7. i) Êtes-vous licencié ou agréé en conformité avec la loi ou l'organisme de réglementation applicable pour pratiquer ces activités à l'adresse indiquée à la Question 3. pour lesquelles une assurance est requise ? Oui Non
Si «non», veuillez expliquer pourquoi :

- ii) Veuillez identifier les associations, organismes de réglementation professionnels ou services de délivrance de permis auxquels vous adhérez :

- iii) Un permis a-t-il déjà été suspendu, révoqué, modifié, refusé ou assujéti à des conditions ? Oui Non
Si «oui», veuillez fournir les précisions :

VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE LA POLICE EST CONÇUE POUR ASSURER LES RÉCLAMATIONS FORMULÉES CONTRE L'ASSURÉ DURANT LA PÉRIODE D'ASSURANCE. SI DE L'ASSURANCE EST AUSSI REQUISE POUR LES RÉCLAMATIONS FORMULÉES CONTRE LES MÉDECINS OU DENTISTES PRATICIENS AUTORISÉS À L'ÉGARD DES SERVICES RENDUS POUR L'ASSURÉ, VEUILLEZ FOURNIR UNE LISTE DE TOUS TELS PRATICIENS À ÊTRE ASSURÉS EN INDIQUANT LE NOM, LA DATE DE NAISSANCE, LES QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES ET LES CHAMPS D'EXERCICE DE CHAQUE PRATICIEN. VEUILLEZ AUSSI CONFIRMER SI LES PRATICIENS TRAVAILLENT POUR L'ASSURÉ OU POUR LEUR PROPRE COMPTE.

8. Vous assurez-vous et enregistrez-vous le fait que vos médecins et dentistes praticiens autorisés souscrivent à une assurance responsabilité civile professionnelle médicale ou dentaire ou adhèrent à un programme reconnu d'assurance en protection médicale ou dentaire ? Oui Non
Si la réponse est «non», veuillez vous référer à la note ci-dessus.

9. Veuillez déclarer le nombre total de personnes impliquées dans les activités suivantes :

Employé par l'Assuré

Travailleur indépendant

Médecins ne posant pas d'acte médical :

Psychiatres

Autres

	Employé par l'Assuré	Travailleur indépendant
Chirurgiens :		
Cosmétiques	_____	_____
Orthopédiques	_____	_____
Autres	_____	_____
Anesthésistes	_____	_____
Obstétriciens	_____	_____
Gynécologues	_____	_____
Techniciens – laboratoire de pathologie	_____	_____
Dentistes	_____	_____
Sages-femmes	_____	_____
Infirmiers de jour	_____	_____
Infirmiers de nuit	_____	_____
Pharmaciens	_____	_____
Techniciens d'urgence médicale	_____	_____
Médecins contrôleurs résidents	_____	_____
Professionnels complémentaires	_____	_____
Professionnels supplémentaires	_____	_____
Auxiliaires de jour	_____	_____
Auxiliaires de nuit	_____	_____
Conseillers	_____	_____
Administrateurs / Associés / Propriétaires	_____	_____
Clérical / Administration	_____	_____
Autres (veuillez préciser)	_____	_____

10. Des services de conseils sont-ils offerts aux patients ?

Oui Non

Si «oui» :

i) Veuillez indiquer dans laquelle des catégories suivantes :

	Nombre de conseillers	Employé	Travailleur autonome	Nombre de patients
Procréation assistée	_____	_____	_____	_____
Dépendance à l'alcool / Toxicomanie	_____	_____	_____	_____
Cosmétique	_____	_____	_____	_____
Changement de sexe	_____	_____	_____	_____

	Nombre de conseillers	Employé	Travailleur autonome	Nombre de patients
HIV / Hépatite / MTS	_____	_____	_____	_____
Stérilisation	_____	_____	_____	_____
Autres (veuillez préciser) :	_____			

ii) Les conseillers ont-ils tous les compétences appropriées ? Oui Non
 Veuillez fournir les précisions :

11. 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 place ?

12. i) Veuillez déclarer le nombre total de lits pour des soins : court séjour (une journée) _____
 plus longue durée (plus qu'une journée) _____

ii) Veuillez indiquer le pourcentage, s'il y a lieu, des patients / clients venus des États-Unis au cours de la dernière année : _____ %

iii) Veuillez indiquer le pourcentage, s'il y a lieu, des patients / clients qui, au cours de la dernière année, proviennent des États-Unis et qui résident au Canada : _____ %

13. i) Offrez-vous un service de stérilisation d'instruments en conformité avec les normes courantes ? Oui Non
 Si «non», veuillez préciser les dispositions en place à cet égard :

Si «oui», vous assurez-vous que des méthodes de contrôle de la surinfection sont utilisées ?

- ii) Avez-vous un protocole pour les blessures causés par des aiguilles ?
Si «non», veuillez fournir les précisions :

Oui Non

14. 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 :

Veillez noter qu'une des conditions de la police demande 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.

Si vous avez besoin d'assurance responsabilité civile générale, veuillez compléter les sections suivantes :

ASSURANCE DES LIEUX

15. Veuillez fournir les précisions concernant les lieux, y compris le nombre de bâtiments, leur âge et tout développement important anticipé :

i) Nombre de bâtiments ? _____

ii) Veuillez fournir une brève description de toute loi applicable relative à l'inspection et à l'entretien des réservoirs d'eau, des appareils d'air climatisé, etc.

iii) Les ascenseurs, monte-charge, escaliers mobiles et autres équipements du même ordre sont-ils entretenus régulièrement en vertu d'un contrat ?

Oui Non

iv) a. Quelles fonctions ou installations des lieux sous-traitez-vous ?

b. Quel contrôle avez-vous pour être certain que vos sous-traitants sont adéquatement assurés et que votre organisation est désignée en tant qu'Assuré nommé additionnel en vertu de leurs polices ?

16. i) Les lieux sont-ils conformes aux exigences courantes de précaution et de prévention d'incendie ? Oui Non

Si «non», veuillez fournir les précisions :

ii) Le personnel est-il instruit et tenu au courant de façon régulière des procédures d'incendie et d'urgence ? Oui Non

iii) Les lieux sont-ils munis d'un système électrique d'urgence ? Oui Non

17. i) Fournissez-vous des installations pour la collection, l'entreposage, la disposition sécuritaire des objets suivants, en conformité avec des directives ou lois courantes :

a. Objets tranchants ? Oui Non

b. Pansements, déchets de clinique ou de chirurgie ? Oui Non

ii) Vous assurez-vous de la disposition sécuritaire en conformité avec les directives et lois courantes :

a. du sang et produits sanguins ? Oui Non

b. de tous autres déchets ? Oui Non

ASSURANCES ANTÉRIEURES

(Veuillez communiquer avec votre courtier d'assurance pour plus de précisions quant aux questions posées dans la présente section de la proposition)

Pour chaque police :

18. 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 :

19. Une proposition ou une police pour ces genres d'assurances a-t-elle déjà été :
- i) refusée ? Oui Non
- ii) résiliée ? Oui Non
- iii) assujettie à des termes spéciaux ? Oui Non

Si la réponse à une des questions ci-dessus est «oui», veuillez fournir les précisions sur une feuille séparée.

20. 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 les précisions :

21. 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 dirigeant, ancien ou actuel ? Oui Non

SI LA RÉPONSE À LA QUESTION 21. a) OU 21. 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 21. a) OU 21. 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.

22. Assurance requise :

- LIMITES:**
- 1 000 000 \$
- 2 000 000 \$
- 3 000 000 \$
- 4 000 000 \$
- 5 000 000 \$
- 6 000 000 \$

- FRANCHISES :**
- 1 000 \$
- 2 500 \$
- 5 000 \$
- 10 000 \$
- 25 000 \$
- Autre _____

LIMITES: 7 000 000 \$
8 000 000 \$
9 000 000 \$
10 000 000 \$

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 21. a) ou 21. 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**

ADDENDUM 1 – PROCRÉATION ASSISTÉE

1. Si vous opérez une unité de procréation assistée, veuillez fournir une répartition complète par pourcentage de toutes les procédures effectuées :

Procréation assistée avec sperme du conjoint	_____	%
Procréation assistée avec donneur externe	_____	%
Fécondation in vitro et transfert d'embryon (FIVETE) / PROST	_____	%
Remplacement d'embryon congelé	_____	%
Autres (veuillez indiquer les pourcentages) :	_____	_____ %

2. Est-ce que tous les dons de sperme sont triés, cryoconservés et mis sous quarantaine en conformité avec les recommandations courantes ? Oui Non

ADDENDUM 2 – RECHERCHE CLINIQUE

1. Veuillez indiquer pour qui les projets de recherche clinique sont entrepris, e.g. sociétés pharmaceutiques ou autres fabricants, sociétés sans but lucratif, fondations de recherche.

2. Vos co-contractants prendront-ils fait et cause pour vous en cas de poursuite ? Oui Non
3. Tous les volontaires signent-ils un formulaire de consentement éclairé ? Oui Non
4. Les volontaires sont-ils avertis que vous effectuez des études à l'insu en double ? Oui Non
5. Existe-t-il des essais impliquant des femmes en âge de procréer ? Oui Non
Si «oui», veuillez fournir les précisions :

6. Veuillez indiquer vos revenus annuels ou vos ventes : _____

7. Veuillez indiquer le nombre d'essais effectués au cours des 12 derniers mois en précisant le nombre de volontaires par essai :

8. Veuillez indiquer le nombre d'essais que vous effectuerez au cours des 12 prochains mois en précisant le nombre de volontaires par essai :

9. Effectuez-vous des recherches, des essais ou des expériences parmi les catégories suivantes :

- | | |
|-----------------|--------------------------------|
| Transplantation | Recherche sur l'embryon humain |
| Chirurgie | Organe artificiel |
| Obstétrique | Génie génétique |

Oui Non

Si «oui», veuillez annexer les précisions.

Veuillez fournir copies de votre formulaire de consentement éclairé et de tout formulaire d'indemnisation mentionnés aux questions 2. et 3. ci-dessus.

ADDENDUM 3 – CENTRES DE SANTÉ ET DE CONDITIONNEMENT PHYSIQUE

1. Veuillez indiquer les pourcentages approximatifs de vos revenus provenant des catégories suivantes :

Gymnase / Exercice _____ %

Diète / Nutrition _____ %

Lits de bronzage / Solarium _____ %

Coiffure _____ %

Esthétique _____ %

Électrolyse _____ %

Perçage d'oreilles _____ %

Autres (veuillez préciser) : _____

2. Veuillez indiquer le nombre et le type d'autres thérapeutes, s'il y en a :

VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DE TOUS QUESTIONNAIRES QUE LES CLIENTS DOIVENT COMPLÉTER AVANT TRAITEMENT. S'IL N'Y EN A AUCUN, VEUILLEZ INDIQUER « AUCUN ».

ADDENDUM 4 – SANTÉ INDUSTRIELLE / EN MILIEU DE TRAVAIL

1. Votre travail est-il strictement à l'interne, i.e. limité à d'autres divisions ou compagnies dont la propriété est commune à la vôtre ? Oui Non
Si «non», veuillez fournir les précisions :

2. Veuillez fournir les précisions sur tous services de consultations externes ou autres services médicaux offerts au personnel :

3. Des examens-santé sont-ils disponibles ? Oui Non
SI «OUI», VEUILLEZ COMPLÉTER L'ADDENDUM SUIVANT :

ADDENDUM 5 – EXAMENS-SANTÉ

1. Veuillez indiquer la répartition en pourcentage approximatifs de vos patients selon les catégories suivantes :

Examen pour assurance	_____	%
Évaluation générale de conditionnement physique	_____	%
Personnes en santé	_____	%
Dépistage du SIDA	_____	%

Autres (veuillez préciser) : _____

2. Avez-vous des appareils de TDM / IRM (CAT / MRI scanner) ou d'autres appareils semblables ? Oui Non
Si «oui», veuillez fournir les précisions, notamment quant à la date d'achat, tout contrat de service et toute garantie :

ADDENDUM 6 – AGENCES DE PERSONNEL MÉDICAL

1. Identifier le nombre d'année d'expérience et les compétences minimum requis à l'égard du personnel suivant :
- i) Infirmiers : _____
- ii) Sages-femmes : _____
- iii) Autres (veuillez préciser) : _____
2. Les candidats et leurs références sont-ils vérifiés ? Oui Non
Si «non», veuillez fournir les précisions : _____
3. Vous assurez-vous que tous vos infirmiers et sages-femmes sont dûment autorisés ou maintiennent de l'assurance responsabilité civile professionnelle ? Oui Non

ADDENDUM 7 – LABORATOIRES DE PATHOLOGIE

1. Gérez-vous des laboratoires de pathologie dans des établissements médicaux dont vous n'êtes pas le propriétaire ? Oui Non
Si «oui», veuillez fournir les précisions : _____
2. Quelles procédures sont en place afin d'assurer que les résultats sont reçus promptement par la personne qui en a fait la demande ?
3. Veuillez fournir la répartition en pourcentage des revenus selon ce qui suit :
- i) Pathologie humaine _____ %
- ii) Pathologie animale _____ %

iii) Test de dépistage de drogue _____ %

iv) Autres : e.g. maladie du légionnaire / salmonelle, etc. (veuillez fournir les précisions) :

En ce qui concerne i) ci-dessus, veuillez confirmer le pourcentage, s'il y a lieu, de vos honoraires / vos ventes / vos recettes brutes provenant du dépistage du SIDA.

Indiquez le pourcentage ou «aucun». _____ %

ADDENDUM 8 – RAPATRIEMENT / TRANSPORT AMBULANCIER

1. Veuillez indiquer :

i) le nombre d'ambulances en service : _____

ii) le nombre de techniciens par ambulance : _____

iii) les compétences minimales requises des techniciens : _____

iv) le nombre moyen de voyages réguliers aux hôpitaux, aux maisons de soins infirmiers, etc. par année : _____

v) le nombre moyen d'appels d'urgence par année : _____

2. Avez-vous un service aérien de rapatriement par ambulance ? Oui Non
Si «oui», veuillez indiquer :

i) dans quels pays vous anticipez opérer : _____

ii) le nombre de rapatriements par année : _____

3. Offrez-vous le transport en ambulance ou un service de premiers soins lors d'événements publics ? Oui Non
Si «oui», veuillez préciser :

i) le type et l'importance des événements pour lesquels vous offrez vos services :

ii) le nombre d'événements par année : _____

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 :