

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE MÉDICALE POUR ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX

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 affaire sous le nom ci-dessus ? _____

 2. Avez-vous déjà participé à des activités similaires sous un autre nom ? Oui Non
Si «oui», veuillez vous référer à la question 6. et fournir les précisions. (Au besoin, utiliser une feuille séparée.)

 3. i) Adresse d'affaires : _____
ii) Adresse enregistrée (si différente de celle mentionnée ci-dessus)

- Si 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 de 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 _____ %

6. VEUILLEZ DÉTAILLER LES ACTIVITÉS COMMERCIALES POUR LESQUELLES L'ASSURANCE EST REQUISE
(Ceci doit être répondu) :

7. i) Quel pourcentage des revenus est généré par :

a) Gouvernement / Secteur public _____ %
b) Financement privé _____ %
c) Dons _____ %

ii) Provenance des patients en pourcentage approximatif :

a) Gouvernement / Secteur public _____ %
b) Financement privé _____ %
c) Dons _____ %

iii) Au cours des 12 prochains mois, quels seront les changements majeurs (s'il y a) effectués tant au niveau de vos activités qu'au niveau d'expansion donnée à votre établissement ? Veuillez fournir des précisions :

8. 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) Êtes-vous membre d'une association ou d'un organisme professionnel ou inscrit auprès d'un organisme auto-réglementé ? Oui Non
Si oui, veuillez fournir des précisions :

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

9. Est-ce que l'établissement a :

- i) des appareils de TDM / IRM (CAT / MRI) scanner ou d'autres appareils semblables ? Oui Non
Si oui, veuillez fournir les précisions à l'égard de tout contrat de service.
- ii) des facilités d'enseignement médical ? Oui Non
- iii) des facilités d'enseignement infirmier ? Oui Non
- iv) des laboratoires de pathologie ? Oui Non
- v) vos propres ambulances ? (Indiquez le nombre ou «aucune») _____
- vi) des ambulances aériennes sa possession ou en opération ? (Indiquez le nombre ou «aucune») _____

10. i) Veuillez indiquer le nombre de lits et le taux moyen d'occupation quotidienne :

	<u>Nombre</u>	<u>T.O.Q.</u>
Lits	_____	_____
Couffin / Berceau / Lit d'enfant	_____	_____
Unités de soins intensifs et thérapie intensive	_____	_____

- ii) Veuillez indiquer le nombre total de patients à l'interne :
l'année dernière

Veuillez indiquer le pourcentage, s'il y a lieu, des patients / clients venus des États-Unis : _____ %

Veuillez indiquer le pourcentage, s'il y a lieu, des patients / clients qui proviennent des États-Unis et qui résident au Canada : _____ %

11. i) Veuillez indiquer les pourcentages approximatifs des procédures pratiquées sur des patients internes admis selon les catégories suivantes :

Accident & Urgence (addendum 4) * _____ %

Procréation assistée (addendum 1)* _____ %

Recherches cliniques (addendum 2)*	_____	%
Maladies transmissibles	_____	%
Dépendance à l'alcool / Toxicomanie	_____	%
Dentaire	_____	%
Esthétique	_____	%
T.O.P. facultatif	_____	%
Changement de sexe	_____	%
Gériatrique	_____	%
Maternité / Obstétrique (addenda 3 & 4)*	_____	%
Transplantation d'organes	_____	%
Pédiatrie	_____	%
Psychiatrie	_____	%
Maladies tropicales	_____	%
Autre chirurgie mineure	_____	%
Chirurgie intermédiaire	_____	%
Chirurgie majeure	_____	%
Chirurgie trou de serrure	_____	%

Lorsqu'un astérique (*) est indiqué, veuillez compléter les sections de l'addendum tel qu'indiqué.

ii) Veuillez indiquer le nombre de salles d'opération : _____

12. Veuillez donner les précisions sur toute procédure pratiquée à tout patient de la clinique externe qui n'est pas compris dans les renseignements ci-dessus ou n'est pas détaillé dans un formulaire de proposition séparé. Veuillez indiquer le nombre approximatif de patients traités et le pourcentage de vos honoraires / vos ventes / vos recettes brutes gagnés au cours du dernier exercice financier :

	<u>Patients Par année</u>	<u>% Du Revenu Total</u>
Clinique prénatale	_____	_____ %
Procréation assistée	_____	_____ %
Esthétique	_____	_____ %
HIV / Hépatite (y compris les conseils)	_____	_____ %
Chirurgie au laser pour les yeux	_____	_____ %
Nutrition / Diète / Amaigrissement	_____	_____ %

	<u>Patients Par année</u>	<u>% Du Revenu Total</u>
M.T.S.	_____	%
Blessures de sports	_____	%
Personnes en santé	_____	%
Autre*	_____	%
TOTAL	_____	%

*(veuillez fournir des précisions)

13. **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 PRATICIENS AUTORISÉS À L'ÉGARD DES SERVICES RENDUS POUR L'ASSURÉ, VEUILLEZ FOURNIR UNE LISTE DE TOUS TELS MÉDECINS À ÊTRE ASSURÉS EN INDIQUANT LE NOM, LA DATE DE NAISSANCE, LES QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES ET LES CHAMPS D'EXERCICE DE CHAQUE MÉDECIN. VEUILLEZ AUSSI CONFIRMER SI LES MÉDECINS TRAVAILLENT POUR L'ASSURÉ OU POUR LEUR PROPRE COMPTE.

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

	<u>Employé par l'Assuré</u>	<u>Travailleur indépendant</u>
Médecins ne posant pas d'acte médical :		
Psychiatres	_____	_____
Autres	_____	_____
Chirurgiens :		
Cosmétiques	_____	_____
Orthopédiques	_____	_____
Autres	_____	_____
Anesthésistes	_____	_____
Obstétriciens	_____	_____
Gynécologues	_____	_____
Laboratoire / Techniciens de pathologie	_____	_____
Dentistes	_____	_____
Sages-femmes	_____	_____
Infirmiers de jour	_____	_____
Infirmiers de nuit	_____	_____
Pharmaciens	_____	_____
Techniciens d'urgence médicale	_____	_____

	<u>Employé par l'Assuré</u>	<u>Travailleur indépendant</u>
Médecins contrôleurs résidents	_____	_____
Professionnels complémentaires	_____	_____
Professionnels supplémentaires-*+	_____	_____
Auxiliaires de jour	_____	_____
Auxiliaires de nuit	_____	_____
Conseillers	_____	_____
Administrateurs / Associés / Propriétaires	_____	_____
Clérical / Administration	_____	_____
Autres (veuillez préciser)	_____	_____

14. 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 non, veuillez vous référer à la note de la question 13. ci-dessus.

15. 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	_____	_____	_____	_____
Esthétique	_____	_____	_____	_____
Changement de sexe	_____	_____	_____	_____
HIV / Hépatite / MTS	_____	_____	_____	_____
Stérilisation	_____	_____	_____	_____
Autres (veuillez préciser) :	_____			

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

16. Parmi les personnes impliquées dans le traitement et les soins des patients, certaines souffrent-ils d'une incapacité, d'une maladie transmissible, e.g. hépatite, H.I.V., ect. 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 ?

17. i) Avez-vous une banque de sang ? Oui Non
- ii) Veuillez indiquer le nombre mensuel moyen d'unités de sang ou de produits sanguins que vous utilisez :
- iii) Est-ce que tout ce sang est acheté ou obtenu d'Héma-Québec ou de la Société canadienne du sang ? Oui Non
Si non, veuillez fournir des précisions

- iv) Est-ce que tout ce sang et tous ces produits sanguins sont testés avant usage pour des maladies transmissibles selon les normes d'Héma-Québec, la Société canadienne du sang ou tout autre organisme équivalent ? Oui Non
Si oui, veuillez indiquer les dépistages effectués :

Si non, veuillez fournir des précisions :

Veuillez fournir des précisions sur les moyens et procédures d'entreposage :

18. Veuillez fournir des 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.

19. 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 ? Oui Non
Si non, veuillez fournir des précisions :

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

ASSURANCE DES LIEUX

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

- i) Nombre de bâtiment : _____
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, ect...

- iii) Les ascenseurs, monte-charge, escaliers mobiles et autres équipements de 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 ?

- v) Est-ce que des précautions / directives sont prises ou émises concernant l'usage de solvants de nettoyage ou autres matières qui pourraient être nuisibles à la santé et avertissez-vous ceux qui utilisent ces produits et les tiers à l'égard du danger ? Oui Non
Si non, veuillez fournir des précisions :

21. i) Les lieux sont-ils conformes aux exigences courantes de précaution et de prévention d'incendie ? Oui Non
Si non, veuillez fournir des 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

22. 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

23. 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 :

24. Une proposition ou une police pour ces genres d'assurances a-t-elle déjà été : Oui Non

i) Refusé ? 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 des précisions :

25. 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 :

26. 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 26. a) OU 26. 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 26. a) OU 26. 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.

27. Assurance requise :

LIMITES :

1 000 000 \$	<input type="checkbox"/>
2,000,000 \$	<input type="checkbox"/>
3 000 000 \$	<input type="checkbox"/>
4 000 000 \$	<input type="checkbox"/>
5 000 000 \$	<input type="checkbox"/>
6 000 000 \$	<input type="checkbox"/>
7 000 000 \$	<input type="checkbox"/>
8 000 000 \$	<input type="checkbox"/>
9 000 000 \$	<input type="checkbox"/>
10 000 000 \$	<input type="checkbox"/>

Autre _____

FRANCHISES :

1 000 \$	<input type="checkbox"/>
2 500 \$	<input type="checkbox"/>
5 000 \$	<input type="checkbox"/>
10 000 \$	<input type="checkbox"/>
25 000 \$	<input type="checkbox"/>

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 26. a) ou 26. 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 artificielle avec sperme du conjoint _____ %

Procréation assistée artificielle 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. os 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 des 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
Chirurgie
Obstétrique

Recherche sur l'embryon humain
Organe artificiel
Génie génétique

Oui Non

Si oui, veuillez annexer des précisions.

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

ADDENDUM 3 – MATERNITÉ / OBSTÉTRIQUE

1. Veuillez indiquer le nombre d'accouchements par année :

notamment : Naissances multiples

Nouveaux-nés en santé

Morts-nés

Enfants nés avant la 32^{ième} semaine de gestation

Enfants nés pesant moins de 1501 grammes

Nombre d'enfants admis aux soins aux prématurés :

i) De votre département d'obstétrique

ii) Transférés d'autres institutions hors du contrôle du Proposant

-
2. Un obstétricien à l'interne est-il disponible 24 heures par jour ? Oui Non
3. Un deuxième obstétricien de garde 24 heures par jour peut-il être disponible en moins de 30 minutes ? Oui Non
4. Un pédiatre à l'interne est-il disponible 24 heures par jour ? Oui Non
5. Un anesthésiste est-il disponible 24 heures par jour uniquement pour le département d'obstétrique ? Oui Non
6. Un deuxième anesthésiste de garde 24 heures par jour peut-il être disponible en moins de 30 minutes ? Oui Non
7. Des césariennes d'urgence peuvent-elles être pratiquées dans un délai de 30 minutes 24 heures par jour ? Oui Non
8. Les sages-femmes peuvent-elles assister une naissance sans un médecin ? Oui Non
9. Les médecins externes peuvent-ils soigner leur propres patients ? Oui Non
10. Veuillez fournir de brèves précisions sur la politique du proposant à l'égard de la surveillance de la mère et du fœtus :
-

11. Offrez-vous des services de conseils pour les parents à la suite d'une fausse couche, d'un décès périnatal ou de la naissance d'enfants handicapés ? Oui Non

ADDENDUM 4 – SOINS D'URGENCE

Veuillez indiquer lequel des choix suivants décrit le mieux l'ampleur des soins d'urgence fournis par le Proposant :
(Veuillez cocher)

- i) Soins d'urgence complets disponibles 24 heures par jour comprenant des services médicaux, chirurgicaux et anesthésiques offerts par le personnel médical résident, avec consultation spécialisée disponible dans un délai d'environ 30 minutes.
- ii) Un médecin est toujours présent dans le département des soins d'urgence avec consultation spécialisée disponible dans un délai d'environ 30 minutes.
- iii) Des soins d'urgence sont offerts dans un délai d'environ 30 minutes par le personnel médical sur la liste de garde.

Si vous n'avez rien coché, veuillez fournir des précisions.

HISTORIQUE DES RÉCLAMATIONS

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 :