

## PROPOSITION MÉDECINS PRATICIENS AGRÉÉS

**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) 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 les précisions :

4. i) Adresse : \_\_\_\_\_

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

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

5. i) De quelle école de médecine ou école dentaire êtes-vous diplômé ? \_\_\_\_\_

ii) En quelle année ? \_\_\_\_\_ iii) Diplôme obtenu ? \_\_\_\_\_

Veillez fournir les précisions à l'égard de tout autre diplôme ou diplôme post-gradué :

6. Concernant votre permis de pratique, veuillez indiquer :

i) le nom de l'organisme qui l'accorde et celui de la réglementation professionnelle : \_\_\_\_\_

ii) le numéro : \_\_\_\_\_ iii) la date de renouvellement : \_\_\_\_\_

iv) la première date de délivrance : \_\_\_\_\_

v) s'il a déjà été assujéti à des conditions ?  Oui  Non

vi) s'il a déjà été interrompu ?  Oui  Non

**Si la réponse aux questions 6.v) ou vi) est «OUI» , veuillez fournir les précisions.**

7. i) Indiquer dans quelle(s) branche(s) de la médecine vous êtes diplômé et autorisé à pratiquer :

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anesthésiologie                    | <input type="checkbox"/> Cardiologie         | <input type="checkbox"/> Médecine communautaire     |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie                       | <input type="checkbox"/> Dentaire*           | <input type="checkbox"/> Endocrinologie             |
| <input type="checkbox"/> Médecine générale                  | <input type="checkbox"/> Génétique           | <input type="checkbox"/> Hématologie                |
| <input type="checkbox"/> Immunologie                        | <input type="checkbox"/> Médecine du travail | <input type="checkbox"/> Neurologie                 |
| <input type="checkbox"/> Médecine nucléaire                 | <input type="checkbox"/> Nutrition           | <input type="checkbox"/> Obstétrique / Gynécologie* |
| <input type="checkbox"/> Ophthalmologie*                    | <input type="checkbox"/> Orthopédie          | <input type="checkbox"/> Orthodontie                |
| <input type="checkbox"/> Oto-rhino-laryngologie             | <input type="checkbox"/> Pédiatrie           | <input type="checkbox"/> Pathologie                 |
| <input type="checkbox"/> Pharmacologie                      | <input type="checkbox"/> Physiologie         | <input type="checkbox"/> Psychiatrie                |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie                      | <input type="checkbox"/> Réadaptation        | <input type="checkbox"/> Chirurgie*                 |
| <input type="checkbox"/> Médecine tropicale                 | <input type="checkbox"/> Vénérologie         |   |
| <input type="checkbox"/> Autres (veuillez préciser) : _____ |  |   |

Lorsqu'un \* est indiqué, veuillez compléter les sections pertinentes des addenda.

ii) Si vous êtes un omnipraticien ou un obstétricien / gynécologue, veuillez indiquer le nombre :

a) d'accouchements non-hospitaliers urgents auxquels vous avez assisté au cours des 12 derniers mois : \_\_\_\_\_

b) d'accouchements résidentiels de routine auxquels vous avez assisté au cours des 12 derniers mois : \_\_\_\_\_

iii) Si vous êtes chirurgien, veuillez fournir les précisions sur les types de chirurgies effectuées e.g. cardiaque / changement de sexe / cosmétique / mastectomie / transplantation d'organe / Keyhole / chirurgie au laser aux yeux ou toute autre forme de chirurgie :

\_\_\_\_\_

8. i) Êtes-vous impliqué dans des essais cliniques pour lesquels vous avez besoin d'assurance ?  Oui  Non
- ii) Si «oui», dirigez-vous ces essais pour d'autres en vertu d'un contrat ?  Oui  Non
- iii) Si «oui», qui sont vos co-contractants ? \_\_\_\_\_
- iv) Vos co-contractants prendront-ils fait et cause pour vous en cas de poursuite ?  Oui  Non
- v) Tous les volontaires signent-ils un formulaire de consentement éclairé ?  Oui  Non
- vi) Les volontaires sont-ils avertis que vous effectuez des études à l'insu en double ?  Oui  Non
- vii) Existe-t-il des essais impliquant des femmes en âge de procréer ?  Oui  Non  
**Si oui, veuillez annexer des précisions.**
- viii) Veuillez indiquer le nombre d'essais effectués au cours des 12 derniers mois en précisant le nombre de volontaires par essai :

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

- x) Effectuez-vous des recherches, des essais ou des expériences parmi les catégories suivantes :  Oui  Non

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

**Si «oui», veuillez annexer les précisions.**

**VEUILLEZ FOURNIR COPIES DE VOTRE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET DE TOUT FORMULAIRE D'INDEMNISATION MENTIONNÉS AUX QUESTIONS 8. iv) ET 8. v) CI-DESSUS.**

9. 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.**

10. 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 provenant :

des États-Unis \_\_\_\_\_ %       d'autres pays étrangers \_\_\_\_\_ %

11. Possédez-vous (en tout ou en partie), opérez-vous ou administrez-vous un hôpital, une maison de soins infirmiers ou un autre établissement medical ?  Oui  Non  
**Si vous répondez «oui», vous devez remplir une proposition additionnelle.**

12. 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 :

	Employé	Travailleur autonome
La pratique privée du proposant :	_____	_____
Hôpitaux publics / Maisons publiques :	_____	_____
Hôpitaux privés avec chirurgie / Maisons privées avec chirurgie :	_____	_____
Maisons privées sans chirurgie :	_____	_____
Résidences de patients :	_____	_____
Autres (veuillez fournir les précisions) : _____	_____	_____
Total:	_____	_____

Si vous êtes un employé, veuillez indiquer le nom de l'administration qui vous emploie, le nom de l'hôpital privé ou de la compagnie pour qui vous travaillez.

---

13. Veuillez indiquer le nombre de personnes à votre emploi en précisant les fonctions de chacune :

14. 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 place ?

---

- 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 les précisions :

15. i) 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 :

---

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

---

16. 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 employ ?  Oui  Non  
Si «oui», veuillez fournir les précisions :

---

17. 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 :

18. 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 :

19. 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 19. a) OU 19. 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 19. a) OU 19. 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.

20. Assurance requise :

- LIMITES :**
- 1,000,000 \$
- 2,000,000 \$
- 3,000,000 \$
- 4,000,000 \$
- 5,000,000 \$
- 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 19. a) ou 19. 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](http://www.markelinternational.ca)**

## ADDENDUM 1 - DENTAIRE

1. Une anesthésie générale est-elle parfois administrée ?  Oui  Non  
Si «non», veuillez ignorer les questions 2. à 9. Inclusivement.
2. L'anesthésie générale est-elle administrée par vous ?  Oui  Non  
Si «non», veuillez ignorer les questions 3. et 4.
3. Avez-vous une formation post-graduée et une expérience pertinente dans l'utilisation de drogues anesthésiques pour fins dentaires ?  Oui  Non  
Si «oui», veuillez fournir les précisions :
- 

4. Un dentiste autre que vous traite-t-il le patient ?  Oui  Non
5. Si la réponse à la question 2. est «non», l'anesthésie est-elle administrée par un dentiste ou un médecin praticien ayant une formation post-graduée et une expérience pertinente dans l'utilisation de drogues anesthésiques pour fins dentaires ?  Oui  Non
6. La personne qui administre l'anesthésie, l'anesthésiste, reste-t-elle toujours avec le patient durant toute la procédure anesthésique et jusqu'à ce que les réflexes de défense du patient reviennent et que le patient regagne le contrôle de ses propres voies respiratoires ?  Oui  Non
7. Combien d'assistants sont présents durant toute la prodécure ?
8. L'anesthésiste a-t-il toujours recours à un assistant durant toute l'intervention et le rétablissement ?  Oui  Non
9. La personne qui fournit les soins dentaires a-t-elle recours à un assistant de chirurgie dentaire ou à un infirmier dentaire ?  Oui  Non
10. Une sédation est-elle parfois administrée ?  Oui  Non  
Si «non», veuillez ignorer la question 11.  
Si «oui» :
- i) est-elle administrée par vous ?  Oui  Non  
Si «non», veuillez indiquer le type de praticien qui administre la sédation (e.g. dentiste ou anesthésiste) :
- 

ii) sous quelle forme la sédation est-elle administrée ?

Intraveineuse

Inhalation

Voie rectale

iii) Si vous avez indiqué la sédation intraveineuse, le praticien qui administre la sédation a-t-il reçu une formation post-graduée pour cette intervention ?  Oui  Non



11. Un assistant de chirurgie dentaire ou un infirmier dentaire est-il présent durant toute l'intervention ?  Oui  Non
- Si «oui», cette personne possède-t-elle la formation et l'expérience pour assister lors de procédures de sédation, notamment pour la surveillance de la condition clinique du patient et en cas d'urgence ?  Oui  Non
12. La salle d'opération est-elle équipée d'un appareil de surveillance continu et d'un défibrillateur ?  Oui  Non
13. De l'équipement de base d'entretien artificiel de la vie est-il en place et prêt à être utilisé dans la salle d'opération ?  Oui  Non
14. Les patients sont-ils laissés sans surveillance lorsque sous anesthésie générale, sous sédation ou en rétablissement ?  Oui  Non
15. Obtient-on les antécédents médicaux complets du patient avant d'administrer une anesthésie générale ou une sédation ?  Oui  Non
16. Avant toute intervention, les patients reçoivent-ils toujours des instructions écrites en regard des périodes avant et après traitement ?  Oui  Non

## ADDENDUM 2 – OBSTÉTRIQUE / GYNÉCOLOGIE / CHIRURGIE

1. Veuillez indiquer le nombre d'accouchements par année :
- notamment : Naissances multiples \_\_\_\_\_
- Nouveaux-nés en santé \_\_\_\_\_
- Morts-nés \_\_\_\_\_
- Enfants nés avant la 32<sup>ème</sup> semaine de gestation \_\_\_\_\_
- Enfants nés pesant moins de 1501 grammes \_\_\_\_\_
- Enfants avec un résultat de test d'Apgar de moins de 6 après 5 minutes \_\_\_\_\_
- Nombre d'enfants admis aux soins aux prématurés \_\_\_\_\_

2. Un anesthésiste est-il disponible 24 heures par jour uniquement pour le département d'obstétrique ?  Oui  Non
3. Un deuxième anesthésiste de garde 24 heures par jour peut-il être disponible en moins de 30 minutes ?  Oui  Non
4. Des installations permettant de procéder à une césarienne vous sont-elles accessibles 24 heures par jour ?  Oui  Non
5. Un deuxième obstétricien de garde 24 heures par jour peut-il être disponible en moins de 30 minutes ?  Oui  Non
6. Un pédiatre à l'interne est-il disponible 24 heures par jour ?  Oui  Non

## ADDENDUM 3 – OPHTHALMOLOGIE

1. Effectuez-vous des chirurgies au laser pour les yeux ?  Oui  Non  
**Si oui, veuillez annexer des précisions.**

## 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 :