

PROPOSITION PRATICIENS DE MÉDECINE SUPPLÉMENTAIRES 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. 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 les 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) D'où êtes-vous diplômé ? _____

ii) En quelle année ? _____

iii) Diplôme ou désignation obtenu ? _____

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

6. Indiquer dans quelle(s) branche(s) vous êtes diplômé ou autorisé à pratiquer :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Audiologiste | <input type="checkbox"/> Podologue | <input type="checkbox"/> Chiropraticien |
| <input type="checkbox"/> Diététiste | <input type="checkbox"/> Secouriste | <input type="checkbox"/> Technicien de laboratoire médicale |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme | <input type="checkbox"/> Infirmier | <input type="checkbox"/> Infirmier-anesthésiste |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> Optométriste / Opticien | <input type="checkbox"/> Ostéopraticien |
| <input type="checkbox"/> Technicien d'urgence médicale | <input type="checkbox"/> Perfusionniste | <input type="checkbox"/> Pharmacien |
| <input type="checkbox"/> Physiothérapeute | <input type="checkbox"/> Podiâtre | <input type="checkbox"/> Orthétiste / Prosthétiste |
| <input type="checkbox"/> Technicien en radiologie médicale | <input type="checkbox"/> Échographiste | <input type="checkbox"/> Orthophoniste |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | | |
| <input type="checkbox"/> Autres (veuillez préciser) : _____ | | |

Si vous pratiquez en tant que sage-femme :

- a) veuillez indiquer le nombre :
- i) d'accouchements non hospitaliers urgents auxquels vous avez assisté au cours des 12 derniers mois _____
 - ii) d'accouchements résidentiels de routine auxquels vous avez assisté au cours des 12 derniers mois _____
- b) veuillez fournir les précisions de toutes mesures de relève hospitalière :
- _____

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 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.

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 :

	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 :

9. 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 total provenant :

des États-Unis _____ % d'autres pays étrangers _____ %

10. Possédez-vous (en tout ou en partie), opérez-vous ou administrez-vous un hôpital, une maison de soins infirmiers ou un autre établissement médical ? Yes No
Si vous répondez «oui», vous devez remplir une proposition additionnelle.

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

--

12. 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 ? Yes No
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 ? Yes No
Si «oui», veuillez fournir les précisions :
-

13. Êtes-vous membre d'une organisation professionnelle ou inscrit auprès d'un organisme auto-réglementé ? Yes No
Si «oui», veuillez indiquer laquelle / lequel et la période d'enregistrement :
-

14. Si vous êtes un employé, la souscription à une assurance responsabilité civile professionnelle médicale ou l'adhésion à un organisme de défense médicale est-elle une condition de votre emploi ? Yes No
Si «oui», veuillez fournir les précisions :

15. Avez-vous déjà eu une assurance de la Responsabilité Civile médicale ? Yes No

i) Si oui, 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 ? Yes No
Si non, indiquez pourquoi :

16. 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 ? Yes No
Si «oui», veuillez fournir les précisions :

17. a) Des réclamations ont-elles été faites contre vous, toute entreprise antérieure, tout associé ou dirigeant, ancien ou actuel ? Yes No

- 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 ? Yes No

SI LA RÉPONSE À LA QUESTION 17. a) OU 17. 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 17. a) OU 17. 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.

18. 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 17. a) ou 17. 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 :