



Tél 1 877 814 7778

submissions@beazley.ca
renewals@beazley.ca

info@beazley.ca
www.beazley.ca

Beazley Canada Limitée

550-55 avenue University
Toronto, Ontario M5J 2H7
Tél (416) 601 2155
Télec (416) 601 2166

310-1130 rue Sherbrooke Ouest
Montréal, Québec H3A 2M8
Tél (514) 350 4848
Télec (514) 350 0843

1511-701 West Georgia Street
Vancouver, British Columbia V7Y 1C6
Tél (778) 373 4432

PROPOSITION D'ASSURANCE POUR LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DES ORGANISATIONS DE RECHERCHE CONTRACTUELLES

CETTE PROPOSITION EST POUR UNE POLICE D'ASSURANCE SUR BASE DE RÉCLAMATIONS PRÉSENTÉES

VEUILLEZ VOUS ASSURER DE JOINDRE CE QUI SUIT À LA PROPOSITION

- Curriculum vitae du personnel clé
- Brochure corporative
- Exemples de contrats types utilisés avec les clients

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Nom de l'entreprise ou entité légale (Organisation) y compris ses filiales :

_____ (veuillez indiquer le nom complet tel qu'il doit apparaître sur la police)

2. Adresse (C.P. non acceptée) :

Site Web : _____

3. Emplacement des installations de recherche : _____

4. Nom(s) antérieur(s) de l'organisation : _____

5. Société Mère : _____

6. Limites de garanties demandées:
Limite de garantie : _____ \$ Limite de garantie globale: _____ \$ Franchise: _____ \$

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

7. Date de fondation de l'entreprise : _____

8. L'organisation est : Un particulier Une société par actions Un partenariat Autre _____

9. Veuillez décrire les activités de l'organisation : _____

1) Revenus bruts pour les douze derniers mois ou pour la dernière année fiscale (en dollars canadiens) :

CANADA _____ \$ ÉTATS-UNIS _____ \$ AUTRE PAYS (veuillez préciser): _____ \$

_____ \$

_____ \$

_____ \$

2) Revenus bruts prévus pour les douze prochains mois ou pour la prochaine année fiscale (en dollars canadiens) :

CANADA _____ \$ ÉTATS-UNIS _____ \$ AUTRE PAYS (veuillez préciser): _____ \$

_____ \$

_____ \$

_____ \$

3. RENSEIGNEMENTS SUR LA RECHERCHE ET LES ESSAIS CLINIQUES

10. Veuillez compléter le tableau suivant basé sur les activités des douze (12) derniers mois :

ACTIVITÉS	RECETTES BRUTES		
	CANADA	É.-U.	AUTRE
Phase I			
Phase II			
Phase III			
Phase IV			
Autre (veuillez préciser) :			
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
Le total doit représenter les montants de la section 2.C)1) mentionnés ci-haut :			

11. Veuillez compléter le tableau suivant basé sur les activités des douze (12) prochains mois :

ACTIVITÉS	RECETTES BRUTES		
	CANADA	É.-U.	AUTRE
Phase I			
Phase II			
Phase III			
Phase IV			
Autre (veuillez préciser) :			
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
Le total doit représenter les montants de la section 2.C)2) mentionnés ci-haut:			

12. Veuillez énumérer les cinq clients les plus importants de l'organisation et fournir l'information suivante demandée:

CLIENT	RECHERCHE	DURÉE DE CONTRAT	DATE DU DÉBUT DU CONTRAT

13. Votre organisation conduit-elle ses propres essais cliniques ? OUI NON
 Votre organisation a-t-elle des contacts directs avec les participants ? OUI NON
 Votre organisation est-elle responsable du recrutement de ses propres participants ? OUI NON
 Si les participants proviennent d'une source externe, quelle est la source ? _____

14. Est-ce que des hôpitaux ou des médecins conduisent une partie de vos essais cliniques dans leur propre établissement ? OUI NON

PROPOSITION D'ASSURANCE POUR LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DES ORGANISATIONS DE RECHERCHE CONTRACTUELLES

Est-ce que tous les participants doivent signer un formulaire de consentement incluant une déclaration disculpatoire ? OUI NON

Si NON, veuillez expliquer pourquoi ?

15. Est-ce que l'organisation fait appel à d'autres sources pour conduire leur essai clinique ? OUI NON
Si OUI, veuillez fournir tous les détails :

16. Est-ce que les employés de l'organisation donnent des conseils médicaux conjointement aux essais cliniques ? OUI NON
Conseillent-ils les médecins ? OUI NON
Quelles sont les compétences des employés impliqués dans ces services ?

17. Est-ce que les employés de l'organisation offrent des services médicaux directement aux participants durant l'essai clinique, y compris des prises de sang ? OUI NON
Si OUI, veuillez fournir la profession de l'employé et veuillez décrire les services offerts :

18. Votre entreprise garde-t-elle des animaux de laboratoires sur ses lieux ? OUI NON
Si OUI, veuillez indiquer le genre d'animal, la quantité et la raison.

ANIMAL	QUANTITÉ	RAISON

19. Votre entreprise manipule-t-elle des matériaux ou produits représentant un danger, soit seul ou en combinaison avec d'autres produits/matériaux ? OUI NON
Si OUI, veuillez indiquer quelles sont les matériaux/produits et comment sont-ils gardés :

20. Votre entreprise garde-t-elle sur ses lieux des virus ? OUI NON
Si OUI, veuillez indiquer quels sont les virus et comment ils sont gardés :

21. Votre entreprise possède-t-elle une licence ou une permission gouvernementale pour garder ces virus ? OUI NON
Si OUI, veuillez fournir le numéro de licence et/ou le nom de l'organisme de réglementation :

4. CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

22. Veuillez décrire les méthodes de contrôle environnementaux, d'isolation et de confinement de votre entreprise :

23. Est-ce que l'organisation respecte les procédures de contrôle écrites préparées pour chaque expérience ? OUI NON
Si NON, veuillez expliquer pourquoi :

PROPOSITION D'ASSURANCE POUR LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DES ORGANISATIONS DE RECHERCHE CONTRACTUELLES

24. Est-ce que les chercheurs et techniciens sont spécialisés dans la recherche et les expériences qu'ils font ? OUI NON
Si NON, veuillez expliquer :

25. Est-ce que tous les chercheurs et techniciens ont une formation en biologie reliée aux organismes étudiés et aux techniques aseptiques? OUI NON
Si NON, veuillez expliquer :

26. Est-ce que tous les employés connaissent les procédures d'urgence à suivre en cas de contamination biologique accidentelle ? OUI NON
Votre organisation conduit-elle des exercices d'évacuation en cas d'urgence ? OUI NON
Si OUI, à quel intervalle ? _____

Votre organisation a-t-elle un programme de surveillance médical en place pour ses employés ? OUI NON

27. L'organisation respecte-t-elle les règlements gouvernementaux lorsqu'elle manipule, envoie, reçoit ou fait l'entreposage de matières biologiques dangereuses ? OUI NON
Si NON, veuillez expliquer :

28. L'organisation a-t-elle un comité institutionnel de vérification en biocontamination ? OUI NON
Si OUI, à quel intervalle se rencontre-t-il ? _____

29. Votre organisation est-elle conforme à tous les règlements gouvernementaux ? OUI NON
Si NON, veuillez expliquer :

30. Votre organisation a-t-elle déjà été en infraction à des règlements ? OUI NON
Si OUI, veuillez expliquer :

31. Votre organisation garde-t-elle un recueil des rapports d'incidents et/ou de plaintes ? OUI NON
Si OUI, qui en est responsable ? _____
Si NON, pourquoi ? _____

5. RENSEIGNEMENTS D'ASSURANCE/RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉCLAMATIONS

32. Au cours des cinq dernières années, l'entreprise a-t-elle détenu une police d'assurance responsabilité professionnelle ? OUI NON
Si OUI, veuillez nous fournir les détails suivants concernant les polices antérieures :

ASSUREUR	PÉRIODE	LIMITE	FRANCHISE	PRIME

33. Quelle est la date de la première assurance continue sur base de réclamations présentées achetée par l'organisation? _____

34. L'organisation a-t-elle déjà eu une assurance responsabilité professionnelle refusée, annulée ou non renouvelée : OUI NON

PROPOSITION D'ASSURANCE POUR LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DES ORGANISATIONS DE RECHERCHE CONTRACTUELLES

Si OUI, veuillez expliquer :

35. Est-ce qu'une réclamation ou poursuite a déjà été intentée contre l'entreprise, ses partenaires, ses administrateurs, ses dirigeants ou ses employés au cours des cinq dernières années ? OUI NON

Si OUI, veuillez joindre les détails suivants sur une feuille séparée :

- | | | |
|---|---------------------|--|
| 1) Date de réclamation | 2) Nom du réclamant | 3) Nature de la réclamation |
| 4) Montant de l'indemnité et montant des frais de défense | | 5) Dispositions finales ou état actuel de la réclamation |

36. L'entreprise, ses partenaires, ses administrateurs, ses dirigeants et ses employés sont-ils au courant d'une situation ou d'une circonstance qui pourrait mener à une réclamation ou à une poursuite ? OUI NON

Si OUI, veuillez donner les détails :

Sans restreindre tout autre recours de l'assureur, il est entendu que si un fait, une circonstance ou une situation décrite ci-dessus est connu(e) par l'entreprise, toute réclamation ou poursuite en découlant par la suite sera exclue de l'assurance proposée.

6. AVIS CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

En achetant une police d'assurance chez Beazley Canada Limitée, le client consent que ses renseignements personnels, y compris ceux fournis dans le passé, soient collectés, utilisés et divulgués pour les raisons suivantes :

- La communication avec les souscripteurs;
- la souscription;
- l'évaluation d'une réclamation;
- la détection et la prévention de fraude;
- l'analyse des résultats de l'entreprise;
- à des fins requises ou autorisées par la loi.

Pour les raisons ci-haut mentionnées, vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux fournisseurs de services de Beazley.

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Beazley en contactant leur agent de protection de la vie privée au 416-601-2155.

7. GARANTIE DE DÉCLARATION

Le soussigné garantit que les faits énoncés dans cette proposition sont au meilleur de sa connaissance exacts. Le soussigné garantit également qu'il n'a ni omis, ni dissimulé aucun fait matériel.

Si l'information déclarée dans cette proposition devait changer entre la date à laquelle la proposition a été signée et la date de l'entrée en vigueur de la police, le soussigné garantit qu'il en informera immédiatement l'assureur.

La signature de cette proposition n'engage pas le proposant à prendre la police d'assurance et n'engage ni l'assureur à offrir l'assurance au proposant. Cependant, si l'assureur s'engage à émettre la police d'assurance, cette proposition deviendra la base d'un tel contrat d'assurance et fera partie entièrement de cette police.

SIGNATURE: _____ DATE: _____
(Représentant autorisé)

NOM (caractères d'imprimerie): _____ TITRE/POSITION: _____