



## PROPOSITION D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ POUR FAUTE PROFESSIONNELLE MÉDICALE

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

**VEUILLEZ VOUS ASSURER DE JOINDRE CE QUI SUIT À LA PROPOSITION S'IL Y A LIEU**

Curriculum vitae/Documents de certifications des praticiens et employés clés  
Formulaires de consentement/Formulaires de renonciation/Protocoles

### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Nom de la clinique ou l'entreprise 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. Combien y-a-t-il d'emplacements? \_\_\_\_\_

Veuillez nommer tous les emplacements sur une feuille séparée.

4. Couverture demandée:

Limite de responsabilité  1 000 000 \$  2 000 000 \$  5 000 000 \$  Autre: \_\_\_\_\_ \$

Franchise:  1 000 \$  5 000 \$  10 000 \$  Autre: \_\_\_\_\_ \$

Prime cible : \_\_\_\_\_ \$

### 2. RENSEIGNEMENTS SUR LA CLINIQUE

5. Type de clinique ou d'entreprise (veuillez nous fournir les détails de toutes les activités):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Date du début des opérations: \_\_\_\_\_

7. Structure du partenariat (veuillez identifier les partenaires ainsi que leur pourcentage de partenariat):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. L'entreprise prévoit-elle acquérir d'autres cliniques ou d'étendre ses opérations au cours des douze (12) prochains mois?

OUI  NON

Si OUI, veuillez fournir les détails. \_\_\_\_\_

9. Nom du(des) administrateur(s): \_\_\_\_\_

10. Qualifications du(des) administrateurs : \_\_\_\_\_

11. Nombre d'employés: Temps plein : \_\_\_\_\_ Temps partiel : \_\_\_\_\_

**PROPOSITION D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ POUR FAUTE MÉDICALE**

12. Veuillez compléter le tableau suivant:

DÉTAILS DU PERSONNEL	L'ANNÉE PROCHAINE	L'ANNÉE PRÉSENTE	L'ANNÉE PASSÉE
NOMBRE DE PRATICIENS À PLEIN TEMPS			
NOMBRE DE PRATICIENS À TEMPS PARTIEL			
NOMBRE DE PERSONNEL INFIRMIER			
NOMBRE DE PERSONNEL ADMINISTRATIF			
AUTRE (spécifier) _____			

13. Le cas échéant, est-ce que tous les praticiens de l'entreprise sont licenciés/certifiés pour pratiquer dans la province?  OUI  NON  
Si NON, veuillez donner la raison:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Veuillez fournir le nombre de praticiens de la clinique par catégories s'il y a lieu:

Audiologistes	_____	Techniciens de laboratoire	_____
Optométristes	_____	Chiropraticiens	_____
Perfusionnistes	_____	Physiothérapeutes	_____
Psychologues	_____	Inhalothérapeutes	_____
Massothérapeutes	_____	Pharmaciens	_____
Techniciens en radiologie	_____	Dentistes	_____
Gynécologues	_____	Chirurgiens	_____
Omnipraticiens	_____		
Autre (veuillez identifier la pratique de la médecine) _____			

**VEUILLEZ NOTER QUE L'ASSURANCE PROPOSÉE NE FOURNIT PAS DE COUVERTURE POUR LES MÉDECINS, DOCTEURS, CHIRURGIENS OU DENTISTES.**

15. Les praticiens détiennent-ils une police d'assurance responsabilité professionnelle personnelle?  OUI  NON  
Si OUI, désirez-vous une police d'assurance uniquement pour l'entité  OUI  NON

16. Est-ce que la clinique rend des services de chirurgie?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez nous fournir les détails.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. Veuillez nous fournir le nombre de patients/clients qui ont visités la clinique durant les:  
Derniers douze (12) mois \_\_\_\_\_ Prochains douze (12) mois \_\_\_\_\_

18. Veuillez nous fournir les revenus bruts de l'entreprise:  
Derniers douze (12) mois \_\_\_\_\_ \$ Prochains douze (12) mois \_\_\_\_\_ \$

19. Veuillez nous fournir la facturation moyenne par patient/client? \_\_\_\_\_ \$

20. Est-ce que l'entreprise rend des services à l'extérieur du Canada ou pour des patients/clients qui résident à l'extérieur du Canada?  OUI  NON

Si OUI, veuillez nous fournir les détails sur une feuille séparée.

Quel pourcentage des revenus bruts sont attribués aux clients non canadiens? \_\_\_\_\_ %

21. L'entreprise est-elle réputée pour des services en particulier?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez fournir les détails:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## PROPOSITION D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ POUR FAUTE MÉDICALE

22. L'entreprise offre-t-elle les services suivants?
- |                               |                              |                              |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Soins avec hébergement?       | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Traitement de la toxicomanie? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Laboratoire?                  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Véhicules d'urgence?          | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Pharmacie?                    | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

### 3. CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

23. L'entreprise a-t-elle un programme de contrôle de qualité formel en ce qui concerne les soins et services?  
Comment les plaintes sont-elles traitées?  OUI  NON
- 
24. L'entreprise offre-t-elle des programmes de formation continue?  OUI  NON
25. L'entreprise offre-t-elle des services de recherche ou d'enseignement?  OUI  NON
26. Comment vérifie-t-elle les compétences des employés?
- 
27. Demande-t-elle un certificat d'assurance à tous les sous contractants?  
Si NON, veuillez expliquer pourquoi?  OUI  NON
- 
28. Le cas échéant, vous conformez-vous aux directives actuelles en matière de manipulation sécuritaire et récupération des habits, déchets chirurgicaux ou cliniques, aiguilles ou objets coupants, produits de sang ou autres produits souillés de sang?  
Si NON, veuillez nous fournir les détails.  OUI  NON
- 
29. Pendant combien de temps les dossiers sont-ils sauvegardés? \_\_\_\_\_
30. Et comment les dossiers sont-ils entreposés? \_\_\_\_\_

### 4. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA CONFIDENTIALITÉ ET LA RÈGLEMENTATION

- 31.. Est-ce que vous recueillez, traitez et conservez des informations privées et personnelles dans le cadre de vos activités?  OUI  NON
- Si OUI, veuillez indiquer quel type d'informations personnelles identifiables (PII) est conservé?
- |                                       |                          |   |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Numéros d'assurance sociale           | <input type="checkbox"/> | Informations bancaires                  | <input type="checkbox"/> |
| Informations sur les cartes de crédit | <input type="checkbox"/> | Noms et adresses personnels             | <input type="checkbox"/> |
| Informations sur les employés         | <input type="checkbox"/> | Renseignements d'une entreprise tierce  | <input type="checkbox"/> |
| Informations personnelles de santé    | <input type="checkbox"/> | Autre (veuillez spécifier ci-dessous) : | <input type="checkbox"/> |
- 
- 32.. Veuillez indiquer le nombre de dossiers conservés par l'entreprise qui contiennent les informations ci-dessus (approximatif) :
- |                                    |  |                                  |
|------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 – 2 500 | <input type="checkbox"/> 2 501 – 5 000 | <input type="checkbox"/> > 5 000 |
|------------------------------------|--|----------------------------------|
33. Est-ce que vous vous conformez aux lois provinciales sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques au Canada?  OUI  NON
- 34.. Avez-vous des procédures écrites en place afin de vous conformer aux lois régissant la manipulation et/ou la divulgation de telles informations?  OUI  NON
35. Avez-vous une politique de confidentialité juridiquement examinée?  OUI  NON
- 36.. Est-ce que vous partagez des informations privées ou personnelles recueillies par des clients (le proposant ou autre) avec des tiers?  OUI  NON
- Si OUI, veuillez fournir les détails : \_\_\_\_\_
-

**PROPOSITION D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ POUR FAUTE MÉDICALE**

37. Avez-vous déjà fait l'objet d'enquêtes concernant les mesures de protection des informations personnelles identifiables ?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez fournir les détails :

---

38. Avez-vous déjà fait l'objet de plaintes concernant la façon dont les informations personnelles identifiables sont conservées?  OUI  NON

**5. SÉCURITÉ DES RÉSEAUX INFORMATIQUES**

39. Vos systèmes informatiques internes rencontrent-ils les exigences de sécurité ci-dessous :

40. Ont-ils des systèmes de protection pare-feu pour empêcher l'accès non autorisé aux réseaux internes et aux systèmes informatiques?  OUI  NON

41. Ont-ils des logiciels de détection d'intrusion capables de détecter les accès non autorisés aux réseaux internes et aux systèmes informatiques?  OUI  NON

42. Ont-ils des logiciels antivirus qui sont mis à jour régulièrement?  OUI  NON

43. Ont-ils des procédures pour la réalisation des mises à jour de logiciels sur votre réseau?  OUI  NON

44. Ont-ils des systèmes de surveillance des vulnérabilités en matière de sécurité et qui conséquemment corrigent les systèmes et les applications?  OUI  NON

45. Effectuent-ils des copies de sauvegarde de toutes les données de valeurs/sensibles quotidiennement?  OUI  NON

46. Ont-ils une pratique habituelle de mettre fin à tous les accès aux systèmes informatiques et aux comptes d'utilisateurs d'un employé lorsque celui-ci quitte l'entreprise?  OUI  NON

47. Les renseignements personnels stockés dans des ordinateurs et autres médias portables (disques à mémoire flash, bandes de sauvegarde) sont-ils protégés par cryptage?  OUI  NON

**6. RENSEIGNEMENTS D'ASSURANCE/RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉCLAMATIONS**

48. 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

49. Quelle est la date de la première assurance continue sur base de réclamations présentées achetée par l'entreprise?

---

50. La clinique a-t-elle déjà eu une assurance responsabilité professionnelle refusée, annulée ou non-renouvelée?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez expliquer:

---

51. Est-ce qu'une réclamation ou poursuite a déjà été intentée contre l'entreprise ou les employés qui dispensent des services pour le compte de l'entreprise?  OUI  NON

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

1) Date de la 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

## PROPOSITION D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ POUR FAUTE MÉDICALE

---

52. L'entreprise, ses associés, administrateurs ou dirigeants 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.

---

---

---

53. Est-ce qu'un praticien/infirmier ou employé a déjà fait l'objet d'une enquête ou d'une suspension par un organisme de contrôle?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez nous fournir les détails:

---

---

---

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

## 7. 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 la 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.

## 8. 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: \_\_\_\_\_