

## 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.

AUX FINS DE LA LOI SUR LES SOCIÉTÉS D'ASSURANCES (CANADA), CE DOCUMENT A ÉTÉ ÉTABLI DANS LE CADRE DES OPÉRATIONS D'ASSURANCE AU CANADA DE LES SOUSCRIPTEURS DE LLOYD'S.

VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS. NE LAISSEZ AUCUN ESPACE LIBRE. SI UNE QUESTION NE S'APPLIQUE PAS À VOTRE CAS, INSCRIVEZ S/O. SI VOUS MANQUEZ D'ESPACE, VEUILLEZ ANNEXER LES DÉTAILS SUR UNE FEUILLE SÉPARÉE.

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

- A) Nom de l'organisation : \_\_\_\_\_  
 (Veuillez indiquer le nom exact de l'entreprise comme il doit apparaître sur la police)
- B) Adresse postale : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Site Web : \_\_\_\_\_
- C) Emplacement des installations de recherche : \_\_\_\_\_
- D) Nom(s) antérieur(s) de l'organisation : \_\_\_\_\_
- E) Compagnie Mère : \_\_\_\_\_
- F) Limite de responsabilité demandée :  1 000 000 \$  2 000 000 \$  Autre: \$ \_\_\_\_\_

### 2. RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

- A) Date de fondation de l'entreprise : \_\_\_\_\_
- B) L'organisation est :  Un particulier  Une société par actions  
 Un partenariat  Autre : \_\_\_\_\_
- C) 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): _____% |
| _____         | _____             | _____                                  |
| _____         | _____             | _____                                  |
| _____         | _____             | _____                                  |

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**

A) 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			
<b>Autre</b> (veuillez préciser) :			
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
Le total doit représenter les montants de la section 2 D) 1) mentionnés plus haut :			

B) 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			
<b>Autre</b> (veuillez préciser) :			
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
Le total doit représenter les montants de la section 2. D)2) mentionnés plus haut :			

C) 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

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

D) Si les participants proviennent d'une source externe, quelle est la source ?

E) Est-ce que des hôpitaux ou des médecins conduisent une partie de vos essais cliniques dans leur propre établissement ?  OUI  NON  
 Est-ce que tous les participants doivent signer un formulaire de consentement incluant une déclaration disculpatoire ?  OUI  NON  
 Si NON, veuillez expliquer pourquoi ? \_\_\_\_\_

F) 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 : \_\_\_\_\_

G) 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 ? \_\_\_\_\_

H) 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 : \_\_\_\_\_

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

ANIMAL	NUMÉRO	RAISON

J) 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 : \_\_\_\_\_

K) 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 : \_\_\_\_\_

L) 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**

- A) Veuillez décrire les méthodes de contrôle environnementaux, d'isolation et de confinement de votre entreprise : \_\_\_\_\_
- B) Est-ce que l'organisation respecte les procédures de contrôle écrites préparées pour chaque expérience ?  OUI  NON  
Si NON, veuillez expliquer pourquoi : \_\_\_\_\_
- C) Est-ce que les chercheurs et techniciens sont spécialisés dans la recherche et les expériences qu'ils font ?  OUI  NON  
Si NON, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_
- D) 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 : \_\_\_\_\_
- E) 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
- F) 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 : \_\_\_\_\_
- G) L'organisation a-t-elle un comité institutionnel de vérification en biocontamination ?  OUI  NON  
Si OUI, à quel intervalle se rencontre-t-il ? \_\_\_\_\_
- H) Votre organisation est-elle conforme à tous les règlements gouvernementaux ?  OUI  NON  
Si NON, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_
- I) Votre organisation a-t-elle déjà été en infraction à des règlements ?  OUI  NON  
Si OUI, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_
- J) 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**

- A) 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

- B) Quelle est la date de la première assurance continue sur base de réclamations présentées achetée par l'organisation ? \_\_\_\_\_

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

Si OUI, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

D) 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 :

Date de réclamation

Nom du réclamant

Nature de la réclamation

Montant de l'indemnité et montant des frais de défense

Dispositions finales ou état actuel de la réclamation

E) 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 à la section 5 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 Creechurch International Underwriters Ltd. (Creechurch), 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 Creechurch.

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Creechurch 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: \_\_\_\_\_  
(Représentant autorisé)

DATE: \_\_\_\_\_

NOM (caractères d'imprimerie): \_\_\_\_\_

TITRE/POSITION: \_\_\_\_\_