

PROPOSITION D'ASSURANCE POUR LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DES CLINIQUES MÉDICALES

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 ET LA COMPAGNIE D'ASSURANCE LIBERTÉ MUTUELLE.

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.

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

- A) Nom de la clinique: _____

- B) Adresse: _____

- Site Web: _____
- C) Combien y-a-t-il d'emplacements? _____
 Veuillez nommer tous les emplacements sur une feuille séparée.
- D) Couverture demandée:
 Limite de responsabilité 1 000 000 \$ 2 000 000 \$ Autre: _____
 Franchise: 5 000 \$ Autre: _____

2. RENSEIGNEMENTS SUR LA CLINIQUE

- A) Type de clinique (veuillez nous fournir les détails de toutes les activités): _____
 Date du début des activités: _____
- B) Structure du partenariat (veuillez identifier les partenaires ainsi que leur pourcentage de partenariat): _____

- C) La clinique prévoit-elle agrandir ou obtenir d'autres cliniques au cours des douze (12) prochains mois?
 OUI NON
 Si OUI, veuillez fournir les détails. _____
- D) Nom du chef de la direction: _____
- E) Nom du directeur médical: _____
- F) Nom du gestionnaire de risques/administrateur: _____
- G) Nombre d'employés: Temps plein _____ Temps partiel _____

PROPOSITION POUR LES CLINIQUES MÉDICALES

H) 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			

I) Est-ce que tous les praticiens de la clinique sont licenciés/certifiés pour pratiquer dans la province? OUI NON
Si NON, veuillez donner la raison: _____

J) Veuillez fournir le nombre de praticiens de la clinique par catégories:

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) _____			

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

L) Veuillez nous fournir le nombre de patients qui ont visités la clinique durant les:
Derniers douze (12) mois _____ Prochains douze (12) mois _____

M) Veuillez nous fournir les revenus bruts découlant de services médicaux:
Derniers douze (12) mois _____ Prochains douze (12) mois _____

N) Veuillez nous fournir la facturation moyenne par patient? _____

O) Est-ce que la clinique ou ses praticiens offre ou exécute des services à l'extérieur du Canada ou pour des patients qui résident à l'extérieur du Canada? OUI NON
Si OUI, veuillez nous fournir les détails sur une feuille séparée.

P) La clinique est-elle réputée pour des services en particulier? OUI NON
Si OUI, veuillez fournir les détails: _____

Q) La clinique 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

CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

A) La clinique a-t-elle un programme de contrôle de qualité formel en ce qui concerne les soins et services? OUI NON

B) Comment les plaintes sont-elles traitées? _____

C) La clinique offre-t-elle des programmes de formation continue? OUI NON

D) La clinique offre-t-elle des services de recherche ou d'enseignement? OUI NON

E) Comment vérifie-t-on les compétences des nouveaux praticiens ou infirmiers? _____

PROPOSITION POUR LES CLINIQUES MÉDICALES

- F) Demande-t-on un certificat d'assurance à tous les praticiens travaillant à la clinique? OUI NON
Si NON, veuillez expliquer pourquoi? _____
- G) 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? OUI NON
Si NON, veuillez nous fournir les détails. _____
- H) Pendant combien de temps les dossiers médicaux sont-ils sauvegardés? _____
- I) Et comment les dossiers médicaux sont-ils entreposés? _____

RENSEIGNEMENTS D'ASSURANCE/RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉCLAMATIONS

- A) Au cours des cinq dernières années, la clinique 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 la clinique? _____
- C) La clinique 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 la clinique ou contre l'un de ses praticiens, infirmiers ou employés pratiquant dans la clinique? OUI NON
Si OUI, veuillez joindre les détails suivants sur une feuille séparée:
Date de la 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) La clinique est-elle 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. _____
- F) Est-ce qu'un praticien/infirmier 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.

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 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 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.

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.

Je confirme que ma demande pour la présente assurance ainsi que la proposition et tout autre document et correspondance soient en anglais.

SIGNATURE: _____
(Représentant autorisé)

DATE: _____

NOM(caractères d'imprimerie): _____

TITRE/POSITION: _____