

PROPOSITION D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE POUR ÉTUDIANT EN MÉDECINE

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. RENSEIGNEMENT GÉNÉRAUX

A) Nom de l'étudiant en médecine : _____

B) Adresse de résidence à l'étranger : _____

C) Adresse au Canada: _____

D) Date de naissance: _____

Lieu de naissance: _____

Pays de Citoyenneté: _____

Si ce n'est pas le Canada, veuillez indiquer la date d'entrée au Canada et numéro(s) de Visa/Passeport: _____

Veillez inclure un curriculum vitae du proposant.

E) Établissement d'enseignement (École, CEGEP, Université à laquelle l'étudiant est inscrit): _____

Veillez indiquer le mois et l'année anticipée de collation des diplômes : _____

F) Faculté de Médecine : _____

Durée du programme en médecine (JJ/MM/AAAA) : De : _____ À : _____

Veillez décrire les cours optionnels en médecine auxquels l'étudiant participe : _____

Nom du médecin qui supervise l'étudiant : _____

(veuillez compléter pour chacun des cours à option auquel l'étudiant est inscrit) :

G) Dispenserez-vous de soins aux patients? OUI NON

Si NON, vos activités se limiteront-elles à l'observation? OUI NON

H) Couverture demandée (veuillez choisir une des options suivantes):

Limite de couverture:

1 M\$ par réclamation / 3 M\$ Total des montants payables

2 M\$ par réclamation / 2 M\$ Total des montants payables

3 M\$ par réclamation / 3 M\$ Total des montants payables

5 M\$ par réclamation / 5 M\$ Total des montants payables

Franchise:

2 500 \$

2 500 \$

2 500 \$

2 500 \$

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE POUR ÉTUDIANT EN MÉDECINE

- I) L'étudiant en médecine a-t-il déjà eu une assurance responsabilité professionnelle refusée, annulée ou non renouvelée ? OUI NON
Si OUI, veuillez expliquer :
- J) Au cours des cinq (5) dernières années, est-ce qu'une réclamation ou poursuite a déjà été intentée contre le l'étudiant? 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 : _____
- K) L'étudiant en est-il 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 cette section est connu(e) par l'étudiant praticien, toute réclamation ou poursuite en découlant par la suite sera exclue de l'assurance proposée.

2. AVIS CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

En achetant une police d'assurance chez Creechurch International Underwriters Ltd. (Creechurch), le client consent à ce 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.

3. 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: _____
(Étudiant en médecine)

DATE: _____

NOM (caractères d'imprimerie): _____

TITRE/POSITION: _____