

## ASSURANCE POUR PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ PROPOSITION

### INSTRUCTIONS:

- Veuillez s.v.p. compléter toutes les questions. Si l'une d'elles ne s'applique pas, s.v.p. répondre "N/A".
- Si plus de place est requise pour une der réponses, veuillez s.v.p. continuer cette réponse dans la section des INFORMATIONS ADDITIONNELLES à la fin de cette proposition.
- Assurez-vous que cette proposition soit signée et datée par un propriétaire, un associé ou un dirigeant de l'entreprise, et que celui-ci procède aux vérifications nécessaires auprès de ses pairs, partenaires, associés, dirigeants et employés afin de valider l'exactitude de toutes les réponses.
- Le terme "Proposant" inclut toute filiale détenue à plus de 50% par le proposant.

### SECTION 1: DÉTAILS DE L'ENTREPRISE

1.1 Veuillez fournir les renseignements suivants:

Nom du Proposant \_\_\_\_\_

Adresse du Proposant \_\_\_\_\_

Ville / Prov. / Code postal: \_\_\_\_\_

Site Web: \_\_\_\_\_ Date de création de l'entreprise \_\_\_\_\_

1.2 Veuillez inscrire le nombre d'employé:

	Canada	États-Unis	Étrangers
Temps plein			
Temps partiel			

1.3 Cochez la situation qui s'applique au Proposant:

Praticien individuel

Clinique

Partenariat

Société

1.4 Veuillez indiquer les revenus selon les années:

Revenus en provenance de	Dernière année fiscale complète	Estimé pour l'année fiscale en cours	Estimé pour la prochaine année fiscale
Patients Canadiens	\$	\$	\$:
Patients Américains	\$	\$	\$
Patients étrangers	\$	\$	\$
Revenu total	\$	\$	\$

Date de fin d'année fiscale de l'entreprise

## SECTION 2: ACTIVITÉS DE L'ENTREPRISE

2.1 Veuillez décrire brièvement la nature des opérations, produits & activités de l'entreprise:

--

Le proposant est-il engagé auprès d'une autre entreprise ou profession que celle décrite précédemment? Oui Non

Si oui, veuillez détailler: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.2 Approximativement, combien de visites de patients le proposant compte-t-il? 12 derniers mois: \_\_\_\_\_ Prochain 12 mois: \_\_\_\_\_

2.3 Veuillez indiquer le pourcentage du total de revenu brute généré par chacun des services mentionnés en question 2.1:

Types d'operations:	Pourcentage de revenu brute généré
	%
	%
	%
	%

2.4 Veuillez compléter:

Nom complet des personnes effectuant les activités mentionnées plus haut	Qualifications professionnelles	Date de certification	Nbr d'années d'expérience	Dispose de sa propre couverture de responsabilité professionnelle(Y/N)

2.5 Le Proposant a-t-il besoin d'une licence pour exercer? Oui Non

2.6 Le Proposant est membre de quelle(s) association(s)? \_\_\_\_\_

2.7 Le Proposant a-t-il déjà fait l'objet d'une enquête ou d'une suspension par un quelconque organisme de réglementation de sa profession? Oui Non

Si oui, spécifiez: \_\_\_\_\_

2.8 Approximativement, combien de patients compte le Proposant? \_\_\_\_\_ CDN \_\_\_\_\_ ÉU \_\_\_\_\_ Étrangers

2.9 Le Proposant est-il contrôlé ou détenu par, ou associé à, ou propriétaire de toute autre firme ou entreprise? Oui Non

Si oui, veuillez détailler : \_\_\_\_\_

2.10 Le Proposant offre-t-il des services aux mineurs?	Oui	Non
Si oui, le consentement parental est-il obtenu?	Oui	Non
2.11 Le Proposant prévoit-il offrir de nouveaux services ou traitements qu'il n'offrait pas auparavant au cours de la période d'assurance demandée?	Oui	Non
2.12 Des vérifications des références et des antécédents criminels sont-elles effectuées pour tous les employés/bénévoles?	Oui	No
2.13 Le Proposant dispose-t-il d'un manuel de procédures écrites décrivant le traitement approprié des plaintes et/ou des allégations d'abus quelconque?	Oui	Non
2.14 Le Proposant utilise t-il un contrat écrit standard ou un formulaire de renonciation avant de fournir des services	Oui	Non

### SECTION 3: CYBER ET VIE PRIVÉE

*Section à remplir seulement si le Proposant désire cette protection*

3.1 Est-ce que le Proposant a mis en place des procédures et des protocoles répondant aux normes de conformité de toutes les lois applicables en matière de protection des renseignements personnels?	Oui	Non
3.2 Est-ce que le Proposant a mis en place des procédures et protocoles de sécurité informatique gouvernant la manipulation et le stockage des renseignements personnels	Oui	Non
3.3 Est-ce que le Proposant s'assure que toute donnée de renseignements personnels permettant l'identification (incluant les informations de carte de débit ou crédit) est encryptée lorsqu'à l'arrêt et lors des transmissions?	Oui	Non
3.4 Est-ce que tous les ordinateurs, portatifs ou fixes, et tous les serveurs (à and servers (excluding database servers) and is it updated on a regular basis?	Oui	Non
3.5 Est-ce que toutes les passerelles ou ports de communication externes du Proposant sont pourvus de pare-feu?	Oui	Non
3.6 Est-ce que le Proposant procède à des sauvegardes régulières (au moins hebdomadaire) de toutes les données critiques et entrepose ces copies de sauvegarde en dehors des lieux ou dans un coffre anti-feu, et , peut-il confirmer que leurs fournisseurs de services externes rencontrent ces exigences?	Oui	Non
3.7 Si le proposant accepte les paiements par cartes (débit ou crédit) est-il conforme aux normes de sécurité du PCI (Payment Card Industry)	Oui	Non

*S'il existe des informations supplémentaires concernant la sécurité informatique du demandeur, veuillez les expliquer dans la section INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES à la fin de ce formulaire de candidature.*

## SECTION 4: BIENS COMMERCIAUX

*Section à remplir seulement si le Proposant désire cette protection.*

4.1 4.1 Veuillez fournir l'adresse de la propriété à assurer si elle diffère de celle inscrite à l'adresse du Proposant:

Adresse de l'emplacement 1:	
Adresse de l'emplacement 2:	

Veuillez continuer sur une page séparée pour inscrire plus de 2 emplacements à assurer

4.2 4.2 Veuillez fournir les détails suivants pour chaque emplacement à assurer:

	Emplacement assuré 1:			Emplacement assuré 2:		
Année de construction:						
Nombre d'étages:						
Superficie (pi.ca):						
Y a-t-il des bornes d'incendie à moins de 500m:	Oui	Non		Oui	Non	
Le bâtiment est-il pourvu de gicleurs?	Ouis	Non	Partiellement	Oui	Non	Partiellement
Système d'alarme relié à un central?	Oui	Non		Oui	Non	
Construction du bâtiment <i>(ex: Maçonnerie, béton, placage de briques, résistant au feu, incombustible)</i>						

4.3 Veuillez indiquer le montant de garantie requis

	Emplacement assuré 1:		Emplacement assuré 2:	
Bâtiment (excluant résidences personnelles)	\$		\$	
Améliorations locatives	\$		\$	
Contenu de bureau / Équipements	\$		\$	
Matériel informatique	\$		\$	
Logiciels / Média:	\$		\$	
Biens n'appartenant pas à l'assuré	\$		\$	
Laptops / Ordinateurs portables	\$		\$	
Interruption des activités	\$		\$	
Autres _____	\$		\$	
	<input type="checkbox"/> Garantie inondation <input type="checkbox"/> Garantie Tremblement de terre		<input type="checkbox"/> Garantie inondation <input type="checkbox"/> Garantie Tremblement de terre	

4.4 Veuillez détailler ci-bas les détails de tout tiers devant être spécifié comme assuré additionnel sur la police :

Nom Assuré additionnel 1:	
Intérêt de l'Assuré additionnel	
Adresse:	

*Veuillez continuer sur une page séparée pour ajouter d'autres assurés additionnels à la police*

## SECTION 5: PROTECTIONS REQUISES

5.1 Veuillez fournir les détails concernant les protections d'assurance erreurs et omissions actuelles du Proposant, ou indiquer les protections requises s'il s'agit de la première demande pour cette protection:

	Date de rétroactivité	Date effective	Limite	Franchise	Prime:
Actuel:					
Requis:					

5.2 En quelle date le Proposant voudrait-il que la police entre en vigueur? \_\_\_\_\_

## SECTION 6: RÉCLAMATIONS

En ce qui concerne tous les types d'assurance auxquels le présent formulaire de proposition se rapporte:

- le Proposant a-t-il connaissance d'une perte ou de dommages, assuré ou non, survenu à l'une des sociétés à assurer (ou à toute activité existante ou antérieure des associés ou administrateurs de l'une des sociétés à assurer) au cours des cinq (5) dernières années, ou
- le Proposant a-t-il connaissance de circonstances susceptibles de donner lieu à une réclamation à l'encontre de l'une des sociétés à assurer ou de l'un de ses associés ou administrateurs, ou
- des réclamations ou des injonctions de cesser et de s'abstenir ont-elles été formulées à l'encontre de l'une des sociétés à assurer, de ses partenaires ou de ses administrateurs? ou
- des associés ou des administrateurs des sociétés à assurer ont-ils été reconnus coupables d'une activité criminelle, malhonnête ou frauduleuse ou ont-ils fait l'objet d'une enquête de la part d'un organisme de réglementation quelconque?

EN référence aux questions a,b,c, et d précédentes

Oui  Non

*Si la réponse à la question ci-dessus est "oui", veuillez joindre des détails complets, y compris une explication du contexte des événements, le montant maximum impliqué/réclamé, le statut de la/des demande(s) ou circonstance(s) et toute(s) réserve(s) ou paiement(s) effectué(s) par le demandeur et/ou par les assureurs, ainsi que les dates de tous les développements et de tous les paiements.*

## SECTION 7: DÉCLARATIONS

- Je déclare que suite à une enquête approfondie, les informations fournies dans le présent formulaire de proposition sont exactes et complètes, et que je n'ai pas déformé ou dissimulé de faits importants.
- J'accepte que le présent formulaire de proposition, ainsi que toute autre information matérielle fournie par moi, constitue la base du présent contrat d'assurance.
- Je m'engage à informer les souscripteurs de toute modification matérielle de ces faits survenant avant la prise d'effet de la police.

Signé: \_\_\_\_\_ Nom complet \_\_\_\_\_

Poste occupé: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

