

Proposition

Assurance contre les erreurs et omissions des laboratoires médicaux de diagnostic

Courtier soumissionnaire, veuillez remplir ce qui suit pour nous aider à traiter cette soumission :

Nom de votre courtage : _____

Votre nom (ou le nom de la personne-ressource) : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Aux fins d'un renouvellement seulement : Numéro de police : _____ Numéro de client : _____

LE PROPOSANT

1. Nom du proposant : _____

Dans l'éventualité qu'il y aurait plus d'une raison sociale, veuillez indiquer le lien entre chacune d'elles :

(Veuillez noter qu'une police d'assurance ne peut être partagée à moins qu'il y ait un intérêt financier.)

2. Adresse du site Web (le cas échéant) : _____

3. Adresse : _____

4. Adresse des succursales : _____

5. Date du début des activités : _____

6. (a) Veuillez indiquer le nombre total d'employés :

techniciens/technologues enregistrés _____ médecins _____ autres _____

(b) Veuillez énumérer les médecins comptabilisés en 6 (a) et donner leur spécialisation :

(c) Veuillez indiquer le nombre d'employés dans chaque succursale :

Succursale 1 techniciens/technologues _____ médecins _____ autres _____

Succursale 2 techniciens/technologues _____ médecins _____ autres _____

Succursale 3 techniciens/technologues _____ médecins _____ autres _____

Utilisez le verso si nécessaire.

7. (a) Quelle licence le proposant détient-il? _____

(b) Veuillez énumérer les provinces où le proposant est licencié pour opérer un laboratoire médical de diagnostic :

(c) Le proposant a déjà fait l'objet d'une révocation ou d'un retrait temporaire de permis? OUI NON

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.

8. Veuillez indiquer les honoraires ou les revenus annuels bruts du proposant :

(a) perçus l'année précédente : _____ \$

(b) prévus pour l'année prochaine : _____ \$

9. Veuillez indiquer le pourcentage de services pour chaque épreuve diagnostique :

Microbiologique	_____ %	Immuohématologique	_____ %
Sérologique	_____ %	Cytologique	_____ %
Chimique	_____ %	Pathologique	_____ %
Hématologique	_____ %	Autres	_____ % (spécifiez)
Biophysique	_____ %	Total	_____ %

10. (a) Le proposant fait-il de la recherche médicale (humaine ou autre)? OUI NON

(b) Veuillez fournir tous les détails concernant le contrôle de la qualité utilisé :

Veuillez joindre le manuel à cet effet.

11. Le proposant offre-t-il ses services ou exerce-t-il ses activités à l'extérieur du Canada ou pour des clients qui sont à l'extérieur du Canada? OUI NON

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails complets, pour notre examen et acceptation, et indiquer les services offerts, l'endroit où ils sont fournis ainsi que les honoraires ou les revenus annuels bruts de l'année passée et les prévisions de la prochaine année.

COUVERTURE D'ASSURANCE - Si vous êtes assuré chez Victor, ne remplissez pas cette section.

12. (a) Le proposant a-t-il déjà acheté une assurance responsabilité professionnelle ou une assurance contre les erreurs et omissions? OUI NON

(b) Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous pour les trois dernières années :

Assureur	Période d'assurance	Prime à l'échéance	Limite	Franchise
_____	_____	_____ \$	_____ \$	_____ \$
_____	_____	_____ \$	_____ \$	_____ \$
_____	_____	_____ \$	_____ \$	_____ \$

(c) L'assurance citée en (b) a-t-elle été offerte sur une base de réclamations présentées ou d'événements?

Si elle a été offerte sur la base de réclamations présentées, quelle est la date de rétroactivité (jj/mm/aaaa)?

13. Le proposant a-t-il déjà eu une assurance similaire qui lui a été refusée, annulée ou non renouvelée?

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails. OUI NON

STATISTIQUES DES SINISTRES - Si vous êtes assuré chez Victor, ne remplissez pas cette section.

14. (a) Dans le passé, le proposant ou l'un de ses employés ont-ils fait l'objet d'allégation verbale ou écrite de négligence professionnelle? OUI NON
- (b) Le proposant ou l'un de ses employés sont-ils au courant de faits, de circonstances ou de situations pouvant donner lieu à une réclamation, autre que celle mentionnée ci-dessus? OUI NON

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.

SOUS RÉSERVE DE TOUT AUTRE RECOURS DONT DISPOSE LES ASSUREURS, IL EST ENTENDU QUE, S'IL Y A CONNAISSANCE DE FAITS, DE CIRCONSTANCES OU DE SITUATIONS POUVANT DONNER LIEU À UNE RÉCLAMATION OU À UNE POURSUITE, CES DERNIÈRES SERONT EXCLUES DE LA COUVERTURE VISÉE PAR LA PRÉSENTE ASSURANCE.

LIMITES DEMANDÉES

15. Par réclamation : _____ \$ Par période d'assurance : _____ \$ Franchise : _____ \$

Veuillez prendre note que l'assurance proposée entrera en vigueur à la date déterminée par les assureurs.

CONSENTEMENT DU PROPOSANT À L'ÉGARD DE LA TRANSMISSION DE L'INFORMATION FIGURANT DANS LA PROPOSITION

Par les présentes, je reconnais que mon courtier d'assurance obtient l'information fournie dans la proposition afin de la transmettre à Gestionnaires d'assurance Victor inc. dans l'unique but d'obtenir une police d'assurance, et que cette information sera gardée confidentielle.

En outre, j'autorise Gestionnaires d'assurance Victor inc. ainsi que ses assureurs et fournisseurs de services à faire ce qui suit :

- effectuer des vérifications, en faisant appel à des sources extérieures, à l'égard de l'information figurant dans la proposition, dans les documents joints et dans les documents fournis ultérieurement;
- en présence d'une réclamation, transmettre l'information soumise et vérifiée à des bureaux d'experts en sinistres, à des cabinets d'avocats ou à d'autres bureaux similaires, aux fins des enquêtes, de la préparation de la défense, des négociations ou du règlement de la réclamation qui peuvent être nécessaires.

Pour de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Victor, veuillez vous adresser au dirigeant chargé de la protection des renseignements personnels au privacypolicyinquiries@victorinsurance.com.

DÉCLARATIONS ET SIGNATURE

Le proposant soussigné de la présente assurance déclare qu'à sa connaissance, les déclarations faites aux présentes sont véridiques et exactes, et que des efforts raisonnables ont été déployés afin d'obtenir l'information suffisante dans le but de remplir adéquatement cette proposition d'assurance. Le soussigné convient que, si des changements importants sont découverts dans la situation du proposant entre la date de la présente proposition et la date d'entrée en vigueur de la police, qui feraient en sorte que la présente proposition serait inexacte ou incomplète, un avis écrit indiquant ces changements sera immédiatement donné au gestionnaire d'assurance.

Bien que la signature de la présente proposition n'engage pas le proposant à la souscription de l'assurance, le proposant soussigné convient également que le présent formulaire de même que les renseignements qu'il renferme formeront le fondement du contrat si une police est émise, et que le présent formulaire sera intégré à la police.

Nom du proposant (caractères d'imprimerie)

Signature du proposant

Date (jj/mm/aaaa)