Proposition

Assurance contre les erreurs et omissions des laboratoires de diagnostic

Les propositions peuvent être soumis par courriel : soumettrepropositions.ca@victorinsurance.com. 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 (jj/mm/aaaa) : _____

6. Veuillez indiquer le type de licence détenue par le proposant : _____

7. Veuillez énumérez les provinces où le proposant est licencié pour opérer un laboratoire médical de diagnostic :

   _____

8. Veuillez indiquer les revenus annuels bruts du proposant :

   (a) Perçus l'année précédente : _____ $

   (b) Prévus pour la prochaine année : _____ $

9. Veuillez fournir une ventilation du nombre d'employés par emplacement (si vous avez besoin de plus d'espace, utilisez une feuille distincte) :

Emplacement	Techniciens/Technologues enregistrés	Médecins	Autre (précisez)

500-1400, place Blair Towers • Ottawa ON K1J 9B8 • 1-800-267-6684 • assurancevictor.ca
© 2023 Gestionnaires d'assurance Victor inc.

10. Si des médecins sont énumérés à la question 9, veuillez fournir les informations suivantes pour chacun :

Nom	Discipline	Assureur en responsabilité professionnelle

Remarque : La présente assurance contre les erreurs et omissions exclut les services des médecins, chirurgiens et dentistes lorsqu'ils exécutent ou omettent d'exécuter un acte dans le cadre de l'exercice de leur profession.

11. Veuillez indiquer le pourcentage de services effectués pour chaque test par rapport à l'ensemble des tests, comme indiqué ci-dessous :

Service	Pourcentage
Microbiologique	%
Sérologique	%
Chimique	%
Hématologique	%
Biophysique	%
Immunohématologique	%
Cytologique	%
Pathologique	%
Autre (précisez) :	%

12. Veuillez indiquer si le proposant est engagé dans des activités de recherche médicale (humaine ou autre)?
OUI ☐ NON ☐

Remarque : La couverture demandée exclut les activités de recherche médicale (humaine ou autre).

13. Veuillez fournir des détails complets sur les procédures de contrôle de qualité « internes » utilisées :

_____

_____

14. Le proposant a-t-il déjà fait l'objet d'une révocation ou d'une suspension de licence imposée par une autorité de concession de licences et de permis? OUI ☐ NON ☐

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails :

_____

15. 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.

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

© 2023 Gestionnaires d'assurance Victor inc.

(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 la base des réclamations présentées ou sur la base d'événement :

_____

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

_____

17. Une assurance a-t-elle déjà été refusée, annulée ou non renouvelée? OUI ☐ NON ☐

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails :

_____

Statistiques des sinistres

Si vous êtes assuré chez Victor, ne remplissez pas cette section.

18. (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

19. 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.

Je comprends que je peux obtenir de plus amples renseignements sur l'Avis de confidentialité de Victor en visitant le site www.assurancevictor.ca.

© 2023 Gestionnaires d'assurance Victor inc.

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)

© 2023 Gestionnaires d'assurance Victor inc.