

Proposition

Assurance contre les erreurs et omissions des médecins

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 : _____

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. Date de graduation : _____

5. Nombre d'employés pour qui vous êtes responsable :

Infirmiers(ières) : _____ Assistants(es) médicaux(les) : _____

Assistants(es) infirmiers(ières) : _____ Paramédicaux : _____

Techniciens(nes) de laboratoire : _____ Autres (spécifiez) : _____

DONNÉES PROFESSIONNELLES

6. Avez-vous présentement ou avez-vous déjà eu des restrictions imposées à votre pratique professionnelle? OUI NON

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.

7. Avez-vous déjà comparu devant un comité de discipline? OUI NON

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.

8. Travaillez-vous dans une clinique médicale? OUI NON

Dans l'affirmative, est-ce que cette clinique détient une police d'assurance contre les erreurs et omissions? OUI NON

9. Offrez-vous des services à l'extérieur du Canada ou à des patients qui proviennent de l'extérieur du Canada? OUI NON

Dans l'affirmative, veuillez préciser en annexe les services offerts, où ils sont rendus ainsi que le pourcentage des revenus bruts de l'année écoulée et les prévisions de la prochaine année.

10. Prodiguez-vous des soins à des athlètes professionnels? OUI NON
11. Avez-vous déjà eu une assurance similaire qui a 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.

12. (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.

VEUILLEZ INDIQUER VOTRE GROUPE D'APRÈS LE TABLEAU SUR LA PROCHAINE PAGE.

Groupe : _____ Limites requises : _____

DATE REQUISE DE COUVERTURE : _____
(Ou date de réception de la proposition par Victor.)

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)

<p><u>Groupe 1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Médecine générale sans travail à l'urgence et sans obstétrique, mais pouvant inclure des accouchements occasionnels 	<p><u>Groupe 2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Médecine générale avec travail à l'urgence, sans obstétrique, mais pouvant inclure des accouchements occasionnels
<p><u>Groupe 3</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Médecine générale avec obstétrique (incluant le travail à l'urgence) 	<p><u>Groupe 4</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Médecine administrative – aucune activité clinique
<p><u>Groupe 5</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Allergologie • Dermatologie • Endocrinologie • Génétique • Gériatrie • Hématologie • Immunologie • Internes et résidents • Maladies respiratoires • Médecine interne • Médecine sportive et réhabilitation • Microbiologie • Oncologie • Pédiatrie • Pathologie • Rhumatologie 	<p><u>Groupe 6</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrie
<p><u>Groupe 7</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiologie • Gastro-entérologie • Médecine nucléaire • Néonatalogie • Néphrologie • Neurologie • Ophtalmologie • Radiologie diagnostique 	<p><u>Groupe 8</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anesthésiologie • Chirurgie générale • Chirurgie gynécologique • Chirurgie pédiatrique • Chirurgie thoracique • Chirurgie vasculaire • Oto-rhino-laryngologie • Urologie
<p><u>Groupe 9</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie cardiaque • Chirurgie orthopédique • Chirurgie plastique • Neurochirurgie 	<p><u>Groupe 10</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Obstétrique