



Specialties

Demande d'assurance Professionnelle Soins de Santé **Établissements de Soins de Santé**

Consignes

La présente demande et tous les documents soumis doivent demeurer confidentiels.

Vous devez répondre intégralement à toutes les questions et fournir tous les renseignements et pièces jointes exigés pour qu'une soumission ou une indication puisse être fournie. Cependant, le fait de remplir et de soumettre ce formulaire ne constitue pas une obligation pour le Proposant ou les souscripteurs à conclure un contrat d'assurance.

Si une question ne s'applique pas à vous, veuillez répondre « S.O. ». Si la réponse est nulle, inscrivez « Aucun ». S'il vous faut plus d' espace pour répondre, utilisez une feuille distincte de papier à en-tête du Proposant et indiquez-y la question à laquelle l'information se rapporte. La présente demande et toute feuille distincte jointe doivent être signées et datées par un mandant de l'entreprise.

Vous avez le devoir de divulguer aux souscripteurs tous les faits essentiels à l'assurance proposée, A défaut de quoi, vous pourriez porter atteinte à vos droits au recouvrement en cas de réclamation ou permettre aux souscripteurs d'annuler la police. Un fait essentiel en est un susceptible d'influencer l'évaluation ou l'acceptation par les souscripteurs de la demande.

Renseignements sur le Proposant

1. Nom du ou des Assurés : _____

2. Adresse du Siège Social : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

3. Site Web : _____

4. Veuillez fournir une courte description de l'entreprise:

5. Depuis combien d'années le Proposant est-il en activité? _____

6. Le Proposant est-il un établissement accrédité? Oui Non

Organisme d'Accréditation : _____

Dernière année d'attribution de l'Accréditation: jj _____ mm _____ aaaa _____

7. Veuillez donner des détails sur vos actuelles et anciennes assurances fautes professionnelles médicales.

	Année en cours	Année précédente
Compagnie d'Assurance	_____	_____
Limites de Garantie	_____	_____
Franchise	_____	_____
Base des Actuelles Garanties :		
Réclamations Présentées	Date Rétroactive : jj _____ mm _____ aaaa _____	Événement

8. Date d'Effet demandée: jj _____ mm _____ aaaa _____

9. Quelle limite d'indemnité « Par Réclamation » le Proposant requiert-il? (Veuillez cocher.)

2M 5M 10M Autre (précisez) _____

10. Quelle Limite d'Indemnité Globale le Proposant requiert-il? (Veuillez cocher.)

2M 5M 10M Autre (précisez) _____

11. Indiquez les recettes brutes du ou des établissements du Proposant.

(S'il existe plusieurs établissements, veuillez joindre une feuille distincte et y fournir les renseignements exigés ci-dessous pour chaque établissement.)

Revenus bruts : Année précédente : _____ Année en cours : _____ Prévisions : _____

12. Type d'Organisation À but lucratif Sans but lucratif

13. À la page suivante, veuillez indiquer tous les services fournis en cochant toutes les réponses qui s'appliquent : Ces renseignements constituent la base pour l'évaluation de la demande. Si votre réponse comprend le choix Autre, veuillez fournir des reçus et indiquer les traitements.

Le Nombre Annuel de Procédures s'entend du nombre de patients admis dans l'établissement pour y recevoir des services de santé par année. Lorsqu'un service comprend des contacts qui touchent plus d'une des catégories ci-dessous (par exemple, triage téléphonique suivi de visites en dehors des heures régulières), veuillez ne remplir que la catégorie principale :

Type de Centres	Services Fournis	Nombre Annuel de Procédures
Centres de Chirurgie	Cardiaque : Cathétérisme	_____
	Cardiaque : Autre (décrire)	_____
	Chiropratique : Autre (décrire)	_____
	Dentaire, Orale et Maxillo-faciale	_____
	Endoscopie/Coloscopie	_____
	Gastro-Intestinale/Chirurgie Gastro-Intestinale	_____
	Chirurgie Gynécologique	_____
	Injection (Articulaire, Rachidienne, Zone Gâchette)	_____
	Liposuction	_____
	Ophtalmologique : Procédures LASIK	_____
	Ophtalmologique : Autres que LASIK	_____
	Orthopédie	_____
	Chirurgie Plastique/Esthétique	_____

Chirurgie Podiatrique
 Chirurgie Urologique
 Chirurgie Bariatrique
 Autre : (Veuillez préciser)

Type de Centres	Services Fournis	Nombre Annuel de Procédures
Imaging Centres	Tomographie	<hr/>
	IRM	<hr/>
	TEP	<hr/>
	Échographie : Obstétrique	<hr/>
	Échographie : Non-obstétrique	<hr/>
	Radiographie	<hr/>
	Autre : (Veuillez préciser)	<hr/>

Type de Centres	Services Fournis	Nombre Annuel de Procédures
Laboratoires	Cytologie	<hr/>
	Tests ADN/Génétique	<hr/>
	Endocrinologie	<hr/>
	Hématologie	<hr/>
	Recherche de paternité	<hr/>
	Pathologie	<hr/>
	Recherche	<hr/>
	Banque de sperme	<hr/>
	Toxicologie	<hr/>
	Autre : (Veuillez préciser)	<hr/>

Type de Centres	Services Fournis	Nombre Annuel de Procédures
Cliniques Multidisciplinaires	<hr/>	<hr/>
	<hr/>	<hr/>

Type de Centres	Nombre Annuel de Procédures
Centres de Traitement du cancer	_____
Cliniques de Diagnostic	_____
Dialyse	_____
Centres de Désintoxication pour les cas de Toxicomanie et d'Alcoolisme	_____
Pharmacies	_____
Réadaptation physique	_____
Cliniques sans rendez-vous	_____

Type de Centres	Nombre Annuel de Procédures
Centres de soins palliatifs	Nbre de lits _____
Personnel infirmier	Personnel Infirmier Équivalent temps plein (ETP) : _____

14. Fournissez-vous des services à des non-Canadiens? Dans l'affirmative, quelle proportion d'entre eux sont:

Des résidents des États-Unis _____ %

15. Médecins/Dentistes/Chirurgiens-Dentistes-Buccaux-Maxillo-Faciaux

Spécialité	Nombre total de Médecins/ Dentistes Praticiens autorisés	Équivalent temps plein (ETP) 1 ETP = 40 heures/semaine	Équivalent temps plein (ETP) Entrepreneurs Indépendants
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

16. Y a-t-il des Médecins ou des Dentistes Praticiens autorisés qui ne sont pas membres d'une organisation de défense de la profession médicale ou dentaire et qui ne sont pas pleinement garantis pour leurs propres fautes professionnelles et qui ne sont pas autrement assurés pour tous les travaux entrepris en votre nom?

Employé?

Oui Non

Entrepreneur Indépendant?

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez expliquer.

17. Y en a-t-il parmi vos médecins ou dentistes employés ou à leur compte qui ont déjà fait l'objet de mesures disciplinaires pour inconduite professionnelle?

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez expliquer.

18. Professionnels de la Santé - veuillez joindre une liste de tous les professionnels de la santé employés et sous-traitants et de leur spécialisation.

	Nombre Total	ETP Employés	ETP Entrepreneurs Indépendants
Infirmiers/Infirmières autorisés (pouvoir de prescription)	_____	_____	_____

Avez-vous sur place des Infirmiers/Infirmières autorisés disposant du pouvoir de prescription?

Dans l'affirmative, veuillez en donner le nombre: _____

19. Veuillez fournir des détails sur les nouveaux développements ou activités susceptibles de se produire au cours des 12 prochains mois (p. ex., nouveaux projets de construction ou nouveaux programmes cliniques). S'il n'y en a pas, indiquez « Aucun ».

20. Essais Cliniques : Le Proposant commandite-t-il des essais cliniques? Oui Non

21. Y a-t-il des obligations contractuelles connues en vertu desquelles le Proposant doit fournir des assurances au nom d'un autre fournisseur de soins médicaux ou tenir indemne un autre fournisseur de soins médicaux? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez les nommer et en indiquer la raison d'être:

Nom	En lien avec :
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

22. Le Proposant travaille-t-il avec des athlètes professionnels? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez donner une description.

23. Veuillez remplir la section suivante au meilleur de la connaissance du Proposant au moment de la signature de la demande:

a. Le Proposant est-il doté d'un Processus formel écrit de Gestion des Risques? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez fournir le plus récent rapport délivré par l'organisme dirigeant, s'il y a lieu, ainsi qu'une brève description du processus interne d'établissement de rapport.

b. Les procédures de déclaration formelles sont clairement documentées et appliquées dans l'ensemble de l'organisation du Proposant. Oui Non

c. Une politique ou une procédure formelle de conservation des dossiers médicaux (électroniques ou papier) est-elle en place? Oui Non

d. Une procédure de gestion des plaintes des patients est-elle en place et correctement communiquée à la haute direction? Oui Non

e. Y a-t-il des mécanismes formels de sélection, de recrutement, d'orientation et de gestion du rendement de tous les employés et membres du personnel médical indépendant en place? Oui Non

- f. Y a-t-il un mécanisme formel concernant les certificats et l'attribution des privilèges du personnel médical en place? Oui Non
- g. Le Proposant est-il conforme à toutes les exigences réglementaires de santé et sécurité au travail? Oui Non
- h. Le Proposant élimine tous ses déchets conformément aux exigences réglementaires. Oui Non
- i. Le Proposant stérilise ses instruments conformément aux pratiques exemplaires en vigueur. Oui Non
- j. Le Proposant se conforme aux lignes directrices du fabricant en ce qui concerne les produits, dispositifs ou équipements à usage unique Oui Non
24. Le Proposant ou l'entreprise possède-t-il des établissements, des activités ou des employés à l'extérieur du Canada, par exemple, aux États-Unis ou autre? Oui Non
- Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails:

Pour chacune des questions suivantes, si vous répondez « Oui », veuillez fournir des détails sur une feuille distincte jointe à la demande.

25. Des réclamations ou des poursuites pour faute professionnelle médicale ou pour responsabilité civile générale ont-elles déjà été déposées à l'encontre du Proposant au cours des cinq dernières années? Oui Non
26. Le Proposant est-il au courant de tout incident, circonstance ou événement qui pourrait entraîner la présentation d'une réclamation à l'encontre du Proposant et qui n'a pas été déclaré à un autre assureur? Oui Non
27. Le permis d'exploitation ou l'enregistrement opérationnel de l'établissement ont-ils déjà été suspendus, révoqués ou volontairement suspendus? Oui Non
28. Le Proposant a-t-il dé de ses assurances responsabilité par toute compagnie d'assurance ou le Lloyd's Syndicate? Oui Non
29. HLa compagnie avec laquelle le Proposant a déjà été affilié est-elle devenue insolvable? Oui Non
30. Le Proposant ou l'un de ses gestionnaires, administrateurs ou employés a-t-il déjà fait l'objet de sanctions ou de mesures disciplinaires par une association professionnelle à subi le refus, la résiliation ou le refus du renouvellement ou de l'acceptation de l'une médicale, un organisme d'agrément ou tout autre organisme de contrôle gouvernemental ou non gouvernemental? Oui Non

Veuillez joindre toute liste ou explication nécessaire en réponse aux différentes questions tout au long du corps de la proposition d'assurance. De plus, veuillez fournir une copie des documents suivants :

- **Historiques des pertes des cinq (5) dernières années ou plus pour toutes les couvertures dont vous faites la demande, en format Excel, si possible.**
- **Exemple de contrat témoignant des exigences du Proposant concernant les indemnisations et couvertures d'assurance responsabilité des autres parties.**

Énoncé de garantie

Le proposant déclare que les renseignements fournis dans la présente proposition, ainsi que tout renseignement supplémentaire joint à celle-ci, sont véridiques, exacts et complets et qu'aucun fait important n'a été omis. Le proposant reconnaît qu'il a l'obligation continue de déclarer dès que possible à la société CNA à laquelle il présente la présente proposition (« CNA ») tout changement important touchant ces renseignements après la signature de la proposition et avant l'établissement de la police, et reconnaît que CNA a le droit de retirer toute soumission, autorisation ou entente en suspens ou de la modifier de façon à lier l'assurance à ces changements. Bien que la signature de la présente proposition dûment remplie n'ait pas pour effet d'établir officiellement la

couverture, le proposant reconnaît et convient que la présente proposition constituera la base du contrat si une police est établie et que, si CNA établit une police, sa décision sera fondée sur la proposition et tout renseignement supplémentaire joint à celle-ci, lesquels sont tous intégrés par renvoi à la présente proposition et en font partie intégrante. Le proposant reconnaît que toute fausse déclaration ou tout défaut de divulguer des renseignements importants dans la proposition risque d'entraîner un refus d'assurance ou, si la police est établie, l'annulation de celle-ci.

Proposant :

Par : _____
*Signature et titre** *Nom du représentant autorisé en caractères d'imprimerie*

Date: _____

*** La présente proposition doit être signée par le chef de la direction, le chef des finances, le chef de l'exploitation, l'avocat général ou le gestionnaire des risques.**