

Proposition supplémentaire

Établissements de soins de santé

Comment remplir la présente proposition supplémentaire

Vous pouvez remplir le présent document PDF directement à l'écran.

Veuillez répondre en entier à toutes les questions. Au besoin, veuillez fournir des renseignements supplémentaires dans un document séparé arborant l'en-tête de votre entreprise et joignez-le à la présente proposition supplémentaire.

Une fois la proposition supplémentaire dûment remplie, un représentant autorisé du proposant doit y inscrire la date et y apposer sa signature.

Veuillez également joindre à la présente proposition supplémentaire les états financiers des deux dernières années (vérifiés s'ils ont été préparés) ainsi qu'une copie du contrat de société si le proposant est une société de personnes.

AVIS

Le proposant doit remplir la présente proposition supplémentaire s'il demande une garantie pour un établissement de soins de santé. La présente proposition supplémentaire fait partie de la Proposition d'affaire nouvelle, de la Proposition pour les petites et moyennes entreprises et de la Proposition de renouvellement, ou de la proposition d'une autre compagnie d'assurance (l'ensemble desdites propositions désignées ci-après la « Proposition »), selon le cas, et est soumise à tous les avis, toutes les déclarations et garanties énoncés dans la proposition.

I. RENSEIGNEMENTS SUR LE PROPOSANT

Proposant à désigner au point 1 des Conditions particulières (l'« assuré désigné ») : _____

II. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Veuillez indiquer ci-dessous la nature des activités du proposant :

Services aux personnes âgées (centres d'hébergement et de soins de longue durée)

Centres de soins ambulatoires/centres chirurgicaux

Services de santé comportementale/de santé mentale

Services de soins de santé à domicile/centre de soins palliatifs

Hôpital _____

Soins intégrés _____

Groupes de médecins et cliniques _____

Autre _____

Si vous avez répondu « Autre » à la question ci-dessus, veuillez fournir des précisions complètes :

2. Le proposant s'est-il doté :

a. D'une assurance soins de santé/assurance pour les professionnels de la santé ? ☐ Oui ☐ Non

b. D'une assurance cyberrisques/protection des renseignements personnels ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions ci-dessus, veuillez fournir une description du programme d'assurance, y compris du ou des assureurs et des montants de garantie choisis : _____

3. Le proposant ou l'une de ses filiales procèdent-ils à des examens médicaux et à la sélection des prestataires de soins de santé ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu « Oui » à la question ci-dessus, veuillez fournir le renseignement demandé ci-dessous :

a. Le proposant ou l'une de ses filiales disposent-ils de politiques et de procédures écrites en matière d'examens médicaux et de sélection des prestataires de soins de santé ? ☐ Oui ☐ Non

b. Le proposant ou l'une de ses filiales consultent-ils un conseiller externe avant d'appliquer une recommandation ou d'approuver une décision susceptible de nuire aux privilèges, aux titres de compétences ou aux affiliations syndicales du personnel médical ? ☐ Oui ☐ Non

4. Le proposant ou l'une de ses filiales possèdent-ils plus de 20 % de la part de marché de l'un des éléments suivants dans une zone géographique donnée ?

Si vous répondez « Oui » à l'une des questions suivantes, veuillez indiquer le pourcentage de la part de marché :

a. Prestataires de soins de santé quel que soit le domaine de pratique ? ☐ Oui ☐ Non Pourcentage de la part de marché _____ %

b. Lits d'hôpitaux ? ☐ Oui ☐ Non Pourcentage de la part de marché _____ %

c. Services de soins de santé ? ☐ Oui ☐ Non Pourcentage de la part de marché _____ %

5. Le proposant ou l'une de ses filiales ont-ils conclu des ententes avec les prestataires de soins de santé qui comprennent des clauses de non-concurrence, relatives à des tarifs avantageux ou à d'autres conditions préférentielles ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu « Oui » à la question ci-dessus, veuillez fournir des précisions complètes:

6. Le proposant ou l'une de ses filiales ont-ils des contrats d'exclusivité avec des fournisseurs de soins de santé ou des hôpitaux ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu « Oui » à la question ci-dessus, le proposant ou l'une de ses filiales consulte-t-il un conseiller externe avant de conclure des contrats d'exclusivité ? ☐ Oui ☐ Non

7. Le proposant consulte-t-il un conseiller externe pour obtenir un avis antitrust pour toutes les fusions, acquisitions ou affiliations ? ☐ Oui ☐ Non
8. Le proposant dispose-t-il d'un agent de conformité ? ☐ Oui ☐ Non
- Si vous avez répondu « Oui » à la question ci-dessus, l'agent de conformité a-t-il un accès direct au conseil d'administration ? ☐ Oui ☐ Non
9. Le proposant a-t-il mis en place un programme de conformité ? ☐ Oui ☐ Non
- Si vous avez répondu « Oui » à la question ci-dessus, veuillez fournir des précisions :
- a. Date de mise en place : _____ b. Date de la dernière mise à jour : _____
10. Le proposant propose-t-il des programmes internes annuels de formation et d'éducation sur les sujets suivants :
- a. Conformité ? ☐ Oui ☐ Non
- b. Protection de la vie privée et sécurité des données (y compris loi des États-Unis intitulée Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) ? ☐ Oui ☐ Non
- c. Facturation et codage ? ☐ Oui ☐ Non
11. Le proposant est-il en conformité avec les réglementations fédérales, provinciales et étatiques en matière de protection de la vie privée et de sécurité des données ? ☐ Oui ☐ Non
12. Le proposant dispose-t-il d'un service d'assistance téléphonique pour recevoir les réclamations relatives aux procédures de facturation ou à d'autres problèmes de conformité ? ☐ Oui ☐ Non
13. Le proposant dispose-t-il de politiques sur la protection des dénonciateurs ? ☐ Oui ☐ Non
14. Le proposant fait-il faire des vérifications ou utilise-t-il d'autres procédés afin de contrôler la conformité de la facturation et du codage ? ☐ Oui ☐ Non
15. Au cours des 3 dernières années, le proposant, l'une de ses filiales ou toute autre personne associée à ces entités pour lesquelles l'assurance est demandée (« assurés proposés ») ont-ils fait l'objet d'une surveillance, d'une enquête, d'une investigation, d'un acte d'accusation ou d'une procédure pour une violation éventuelle des éléments suivants, que cette surveillance, cette enquête, cette investigation, cet acte d'accusation ou cette procédure ait été le résultat d'une divulgation volontaire de la part du proposant :
- a. La loi des États-Unis intitulée False Claims Act ou toute autre loi fédérale, provinciale, territoriale, locale, étatique ou de common law similaire ? ☐ Oui ☐ Non
- b. Une loi anti-pots-de-vin ou antirenvoi ou toute autre loi fédérale, provinciale, territoriale, locale, étatique ou de common law similaire ? ☐ Oui ☐ Non
- Si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions ci-dessus, veuillez fournir des précisions complètes :
- _____
16. L'agrément, le permis ou la certification de l'un des assurés proposés a-t-il été suspendu, refusé, révoqué, fait l'objet d'une enquête ou été accordé sous conditions ou sous réserve de recommandations ? ☐ Oui ☐ Non
- Si vous avez répondu « Oui » à la question ci-dessus, veuillez fournir des précisions complètes :
- _____

AVIS DE FRAUDE

Toute personne qui, sciemment et dans l'intention de frauder une compagnie d'assurance ou une autre personne, présente une proposition d'assurance renfermant des renseignements qui sont faux ou incomplets, ou qui, dans le but de tromper, dissimule des renseignements concernant des faits essentiels à l'appréciation des risques, commet une fraude d'assurance, qui est un crime passible d'amendes et de pénalités civiles et criminelles.

Le proposant, par l'entremise du représentant autorisé soussigné, reconnaît par les présentes que les déclarations et réponses susmentionnées sont exactes et complètes. Le proposant comprend par ailleurs qu'une déclaration inexacte ou incomplète peut donner lieu à une exclusion ou au refus de l'assurance. De plus, le proposant autorise les sociétés d'assurance CNA à communiquer les renseignements figurant dans la présente proposition ainsi que l'information de souscription connexe.

PROPOSANT

Par : _____

Signature et titre de fonction* _____

Nom du représentant autorisé en caractères d'imprimerie _____

* La présente proposition supplémentaire doit être signée par le chef de la direction, le chef des finances, le chef de l'exploitation, l'avocat général ou le gestionnaire du risque du proposant en sa qualité de représentant autorisé des personnes et entités à assurer.

Remarque : Aux fins de la Loi sur les sociétés d'assurances (Canada), le présent document a été rédigé dans le cadre des activités de souscription d'assurance de la Compagnie d'assurance Continental Casualty au Canada.