

SOINS DE SANTÉ - PROPOSITION RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE POUR FAUTES MÉDICALES | HEALTHCARE - MEDICAL MALPRACTICE APPLICATION

Il s'agit d'une proposition pour une police en responsabilité pour faute professionnelle médicale et le but de cette proposition est que nous puissions en savoir plus sur votre entreprise. Toutes les informations importantes doivent nous être déclarées, mais notez que le fait de remplir cette proposition n'oblige aucune des parties à conclure un contrat d'assurance | This is an application for a medical malpractice liability policy and the purpose of this application is for us to find out more about your company. All material information should be declared to us but note that completion of this application does not oblige either party to enter into a contract of insurance.

Veuillez noter que certaines couvertures dans le cadre de cette police fonctionnent sur la base de réclamations. Cela signifie que pour qu'une réclamation soit couverte, elle doit être faite contre l'Assuré et nous être signalée pendant la période de police. De plus, les réclamations liées à tout acte répréhensible réel ou présumé survenu avant la date de rétroactivité ne seront pas couvertes | Please be aware that certain coverage under this policy operates on a claims-made basis. This means that for a claim to be covered, it must be made against the Insured and reported to us during the policy period. Additionally, claims related to any actual or alleged wrongful act that occurred before the Retroactive Date will not be covered.

QUI DOIT REMPLIR CETTE DEMANDE | WHO SHOULD COMPLETE THIS APPLICATION

La personne qui remplit cette proposition doit être un membre senior du personnel de l'entreprise. Ils doivent vérifier qu'ils ont consulté d'autres cadres supérieurs et collègues responsables de l'organisation de l'assurance pour s'assurer que toutes les questions sont répondues avec précision et de manière approfondie. Une fois terminé, retournez la demande remplie à votre courtier d'assurance | The person completing this application should be a senior staff member at the company. They must verify that they have consulted with other senior managers and colleagues responsible for arranging the insurance to ensure that all questions are answered accurately and thoroughly. Once finished, return the completed application to your insurance broker.

COMMENT REMPLIR CETTE PROPOSITION | HOW TO COMPLETE THIS APPLICATION

Veuillez répondre à toutes les questions. Si vous avez besoin d'espace supplémentaire pour une réponse, veuillez continuer votre réponse dans la section informations additionnelles à la dernière page de la proposition | Please complete all questions. If additional space is required for any response, please continue your response in the Additional Information section on the last page of the application.

Veuillez noter que la proposition doit être signée et datée pour être considérée comme complétée | Please note that the application must be signed and dated to be considered complete.

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PROPOSANT | APPLICANT INFORMATION

1. Nom du proposant | Applicant's name: _____
2. Adresse du proposant | Applicant's address: _____
3. Téléphone | Phone: _____ Courriel | Email: _____
4. Site web | Website: _____
5. Date à laquelle l'entité a été établie (jj/mm/aaaa) | Date entity was established (mm/dd/yyyy): _____

6. Adresse du risque (si différente de l'adresse postale ci-dessus) | Location address (if different from mailing address above):

7. Liste des emplacements supplémentaires (le cas échéant) | List of additional locations (if applicable):

Emplacement Location #	Adresse complète Full address

8. Le proposant est | Applicant is: ☐ Une société | A corporation ☐ Un partenariat | A partnership
☐ Un individu | An individual

9. Le proposant est | Applicant is: ☐ Une clinique | A clinic
☐ Une association/groupe | An association/group
☐ Un praticien individuel | An individual practitioner

10. Le proposant est | Applicant is: ☐ À but lucratif | For profit ☐ À but non lucratif | Not for profit

SECTION 2 - OPÉRATIONS COMMERCIALES | BUSINESS OPERATIONS

1. Veuillez décrire brièvement la nature de vos opérations commerciales | Please briefly describe the nature of your business operations:

2. Au cours des 12 prochains mois, le proposant offrira-t-il de nouveaux services ou traitements qui n'ont pas été offerts auparavant | Will the applicant be providing any new services or treatments not previously provided over the next 12 months? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

Si Oui, veuillez fournir des informations supplémentaires | If Yes, please provide additional information:

3. Le proposant fournit-il des services aux personnes de moins de 18 ans | Does the applicant provide services to individuals under the age of 18? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No
 Si Oui, le consentement parental est-il obtenu | If Yes, is parental consent obtained? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

4. Le proposant fournit-il des services à l'extérieur du Canada | Does the applicant perform services outside of Canada? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No
 Si Oui, veuillez fournir des informations supplémentaires | If Yes, please provide additional information:

5. Le proposant fournit-il des services à des non-résidents canadiens | Does the applicant provide services to non-Canadian Residents? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No
 Si Oui, veuillez fournir des informations supplémentaires | If Yes, please provide additional information:

Si oui, le demandeur utilise-t-il la dérogation juridictionnelle de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) | If Yes, does the applicant utilize the Canadian Medical Protective Association (CMPA) Jurisdictional Waiver? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

6. Le proposant fournit-il ou est-il impliqué d'une manière ou d'une autre dans les services décrits ci-dessous | Does the applicant provide or are they in any way involved in the services outlined below?

Description du service | Description of service

Administration de médicaments/suppléments Administering of drugs/supplements	☐ Oui Yes ☐ Non No
Essais cliniques (y compris la recherche clinique) Clinical trials (including clinical research)	☐ Oui Yes ☐ Non No
Établissement correctionnel/pénitencier Correctional facility/penitentiary	☐ Oui Yes ☐ Non No
Services d'imagerie diagnostique Diagnostic imaging services	☐ Oui Yes ☐ Non No
Distribution de médicaments/suppléments Dispensing of drugs/supplements	☐ Oui Yes ☐ Non No
Soins d'affirmation de genre Gender affirming care	☐ Oui Yes ☐ Non No
Traitement hormonal substitutif (THS) Hormone replacement therapy (HRT)	☐ Oui Yes ☐ Non No
Hypnose Hypnosis	☐ Oui Yes ☐ Non No
Procédures chirurgicales invasives Invasive surgical procedures	☐ Oui Yes ☐ Non No
Tests en laboratoire Laboratory testing	☐ Oui Yes ☐ Non No
Programme d'échange de seringues Needle exchange program	☐ Oui Yes ☐ Non No
Services obstétriques/de fertilité/gynécologie Obstetrics/fertility services/gynecology	☐ Oui Yes ☐ Non No
Conduite de véhicules d'urgence Operating emergency vehicles	☐ Oui Yes ☐ Non No
Soins de nuit Overnight care	☐ Oui Yes ☐ Non No
Transport des patients Patient transportation	☐ Oui Yes ☐ Non No
Ventes de produits Product sales	☐ Oui Yes ☐ Non No
Programmes d'enseignement/formation médicale/formation continue Teaching/medical training/continuing education programs	☐ Oui Yes ☐ Non No

7. Si le proposant a choisi de répondre Oui à l'une des questions ci-dessus, veuillez fournir des informations supplémentaires | If the applicant selected Yes to any of the above, please provide additional information:

SECTION 3 - COUVERTURES ET REVENUS | COVERAGE & REVENUE

* Svp, exprimer les limites de couverture et revenus en dollar Canadien (\$) | * Please state all coverage limits & revenues in Canadian dollars (\$).

1. Limite en responsabilité requise | Limit of liability required:

- ☐ 1 000 000\$ | \$1,000,000 ☐ 2 000 000\$ | \$2,000,000
☐ 5 000 000\$ | \$5,000,000 ☐ Autre | Other: _____

2. Franchise | Deductible:

- ☐ 2 500\$ | \$2,500 ☐ 5 000\$ | \$5,000
☐ 10 000\$ | \$10,000 ☐ Autre | Other: _____

3. Veuillez compléter le tableau ci-dessous en ce qui concerne les revenus bruts de vos opérations | Please complete the below table with respect to gross revenue from your operations:

Pays Country	Revenus (\$) des 12 mois antérieurs Revenue (\$) from previous 12 months	Revenus (\$) des 12 prochains mois Revenue (\$) anticipated for next 12 months
Canada		
États-Unis USA		
Reste du monde Rest of world		
Total		

4. Pour le revenu brut indiqué à la question 3, veuillez fournir le pourcentage estimé du revenu généré par chacun des services que vous fournirez | For the gross revenue indicated in question 3, please provide the estimated percentage of revenue generated from each of the services you will be providing.

Description du service Description of service	% du chiffre d'affaires total % of total revenue	Nombre de visites de patients des 12 mois antérieurs Number of patient visits from previous 12 months	Nombre de visites de patients des 12 prochains mois Number of patient visits anticipated for next 12 months

SECTION 4 - GESTION DES RISQUES | RISK MANAGEMENT

1. Veuillez sélectionner toutes les pratiques actuellement en place et indiquer la date de leur dernier examen | Please select all practices currently in place and indicate when each was last reviewed.

	Protocole de gestion des risques Risk management protocol	Mises à jour (jj/mm/aaaa) Updated (mm/dd/yyyy)
☐	Un programme de gestion des risques écrit et officiel qui comprend des procédures documentées de signalement des incidents à l'échelle de l'organisation A formal, written risk management program that includes documented, organization-wide incident reporting procedures	
☐	Une politique ou une procédure de conservation des dossiers médicaux (électroniques ou papier) A policy or procedure for medical record retention (electronic or paper)	
☐	Un processus de gestion des plaintes des patients avec une possibilité d'escalade vers la haute direction A patient complaint management process with escalation to senior leadership	
☐	Des processus formels pour l'embauche, l'intégration, la gestion du rendement et la formation de tout le personnel et des praticiens indépendants Formal processes for hiring, onboarding, performance management, and training of all staff and independent practitioners	
☐	Un manuel de procédures écrites à l'intention des employés, comprenant des directives sur la manière de traiter les allégations ou les plaintes de mauvais traitements A written procedural manual for employees that includes guidance on handling abuse allegations or complaints	

SECTION 5 - DÉTAILS DU PRATICIEN | PRACTITIONER DETAILS

Praticien Practitioner	Nombre de temps plein Number full time	Nombre de temps partiel Number part time	Est-ce qu'ils détiennent leur propre responsabilité professionnelle (Oui/Non) Do they carry their own professional liability coverage (Yes/No)	Employé ou travailleur indépendant Employee or independent contractor
Professionnel de la santé Health professional				
Acupuncteur Acupuncturist				
Esthéticiens Aestheticians				
Audiologiste Audiologist				
Chiropraticiens Chiropractors				
Conseillers Counsellors				
Dentistes Dentists				
Gynécologue Gynecologist				
Technicien de laboratoire Laboratory technician				
Sage-femmes Midwives				
Infirmier, infirmière praticienne Nurses – Nurse practitioner				

Infirmier, infirmière diplômé Nurses – Registered nurses				
Infirmier, infirmière auxiliaire Nurses – Registered practical nurse/licensed practical nurse				
Nutritionniste/diététicienne Nutritionist/dietician				
Ergothérapeutes Occupational therapists				
Opticiens Opticians				
Optométristes Optometrists				
Ostéopathes Osteopaths				
Ambulanciers Paramedics				
Préposés aux bénéficiaires Personal support workers (PSW's)				
Pharmaciens Pharmacists				
Médecin/généraliste Physician/general practitioners				
Physiothérapeutes Physiotherapists				
Podologues Podiatrists				
Psychologues Psychologists				
Massothérapeute agréé Registered massage therapist (RMT)				
Travailleurs sociaux Social Workers				
Autre (veuillez fournir des détails supplémentaires) Other (please provide additional details): _____				
Autre (veuillez fournir des détails supplémentaires) Other (please provide additional details): _____				
Non professionnel de la santé Non-health professional				
Personnel administratif/personnel de bureau Administrative staff/clerical staff				
Autre (veuillez fournir des détails supplémentaires) Other (please provide additional details): _____				
Autre (veuillez fournir des détails supplémentaires) Other (please provide additional details): _____				

1. Est-ce que tous les médecins et les praticiens assument leur propre responsabilité professionnelle assurance, soit par l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) ou un autre organe de gouvernance approprié | Do all physicians and medical practitioners carry their own professional liability insurance, either through the Canadian Medical Protective Association (CMPA) or another appropriate governing body? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

2. Une preuve d'assurance responsabilité professionnelle est-elle obtenue et examinée chaque année dans le cadre du processus de certification du proposant | Is proof of professional liability insurance obtained and reviewed annually as part of the applicant's credentialing process? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

3. Est-ce que tous les praticiens sont en règle avec leur organisme ou association de réglementation professionnel respectif | Are all practitioners in good standing with their respective regulatory or professional associations?
Si Non, veuillez fournir des informations supplémentaires sur la dernière page de la proposition | If No, please provide additional information on the last page of the application. ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

4. Un employé, entrepreneur ou professionnel de santé a-t-il déjà été soumis à une plainte, enquête ou mesure disciplinaire par un organisme de réglementation | Has any employee, contractor, or healthcare professional ever been subject to a complaint, investigation, or disciplinary action by a regulatory body?
Si Oui, veuillez fournir des informations supplémentaires sur la dernière page de la proposition | If Yes, please provide additional information on the last page of the application. ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

5. Le proposant fournit-il des services aux athlètes professionnels | Does the applicant provide services to professional athletes?
Si Oui, veuillez fournir des informations supplémentaires sur la dernière page de la proposition | If Yes, please provide additional information on the last page of the application. ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

6. Des vérifications de références sont-elles effectuées pour tous les employés, les travailleurs indépendants et bénévoles avant l'embauche | Are reference checks conducted for all employees, independent contractors and volunteers prior to hiring? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

7. Des vérifications d'antécédents criminels sont-elles effectuées pour tous les employés, les travailleurs indépendants et bénévoles avant l'embauche | Are criminal background checks conducted for all employees, independent contractors and volunteers prior to hiring? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

8. L'assuré a-t-il des protocoles écrits formels contre les abus | Does the insured have formal written abuse protocols?
Si Oui, ces protocoles doivent-ils être examinés et signés par tous les employés, les travailleurs indépendants et bénévoles annuellement | If Yes, are these protocols required to be reviewed and signed by all employees, independent contractors and volunteers annually? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

9. Pour les proposant travaillant auprès de personnes vulnérables, une vérification des secteurs vulnérables (VSV) est-elle effectuée | For applicants working with vulnerable persons, is a vulnerable sectors check (VSC) completed?

☐ Oui | Yes ☐ Non | No

10. Veuillez énumérer toutes les associations professionnelles dont le proposant est actuellement membre | Please list all professional associations the Applicant is currently a member of:

SECTION 6 - HISTORIQUE D'ASSURANCE ET INFORMATIONS SUR LES SINISTRES | INSURANCE HISTORY & CLAIMS INFORMATION

1. Êtes-vous au courant de toute perte ou dommage, qu'il soit couvert par une assurance ou non, qui est arrivé à l'une des entreprises à assurer (ou à toute entreprise existante ou précédente activité des associés ou directeurs des Sociétés) au cours des 5 dernières années | Are you aware of any loss or damage, whether covered by insurance or not, that has occurred to any of the Companies to be insured (or to any existing or previous business of the partners or directors of the Companies) in the past 5 years?

☐ Oui | Yes ☐ Non | No

Si Oui, veuillez joindre tous les détails, y compris une explication du contexte de événements, le montant maximal impliqué/réclamé, le statut de la ou des réclamations) ou circonstance(s) et toute réserve ou paiement effectué par le proposant et/ou par les assureurs, et les dates de tous les développements et paiements | If Yes, please attach full details including an explanation of the background of events, the maximum amount involved/claimed, the status of the claim(s) or circumstance(s) and any reserve(s) or payment(s) made by the Applicant and/or by Insurers, and the dates of all developments and payments.

2. Êtes-vous au courant de toute circonstance qui pourrait mener à une réclamation contre l'un des les entreprises à assurer ou l'un de leurs partenaires ou administrateurs | Are you aware of any circumstances that might lead to a claim against any of the companies to be insured or any of their partners or directors?

☐ Oui | Yes ☐ Non | No

3. Des réclamations ou des ordonnances de cessation et d'abstention ont-elles été prononcées contre l'un des les entreprises à assurer, ou leurs partenaires ou directeurs | Have any claims or cease and desist orders been made against any of the companies to be insured, or their partners or directors?

☐ Oui | Yes ☐ Non | No

4. Des associés ou directeurs des sociétés à assurer ont-ils été reconnus coupables de criminalité, d'activités malhonnêtes ou frauduleuses, ou a été enquêté par n'importe quel organisme de réglementation | Have any partners or directors of the Companies to be insured been found guilty of criminal, dishonest, or fraudulent activities, or been investigated by any regulatory body?

☐ Oui | Yes ☐ Non | No

SECTION 7 - DÉCLARATIONS | DECLARATIONS

En signant, je consens à ce que Revau collecte, utilise et communique mes renseignements personnels (incluant, au besoin, des renseignements financiers ou de crédit) pour l'analyse et la gestion de ma demande d'assurance, y compris auprès de tiers autorisés (assureurs, réassureurs, fournisseurs). Je reconnais que mes renseignements peuvent être traités hors province ou hors Canada et que je peux exercer mes droits d'accès, de rectification et de retrait du consentement, sous réserve des obligations applicables. | By signing, I consent to Revau collecting, using and disclosing my personal information (including, where applicable, financial and/or credit information) for the analysis and management of my insurance application, including disclosure to authorized third parties (insurers, reinsurers and service providers). I acknowledge that my personal information may be processed or stored outside my province or outside Canada and that I may exercise my rights of access, correction and withdrawal of consent, subject to applicable obligations.

Je déclare qu'après avoir effectué les vérifications nécessaires, les déclarations et renseignements fournis ci-dessus sont véridiques et que je n'ai omis ni dissimulé aucun fait important. Je consens à ce que le présent la proposition, ainsi que tout autre renseignement pertinent fourni par moi, constitue la base de tout contrat d'assurance qui en découlera. Je m'engage à informer l'assureur de toute modification importante de ces faits survenant avant la conclusion du contrat | I declare that after proper enquiry the statements and particulars given above are true and that I have not mis-stated or suppressed any material fact. I agree that this Application Form, together with any other material information supplied by me shall form the basis of any contract of insurance effected thereon. I undertake to inform the Insurer of any material alteration to these facts occurring before the completion of the contract.

Le ou la soussigné(e) convient qu'en signant ci-dessous, il ou elle confirme les conditions et déclarations énoncées dans la demande d'assurance responsabilité pour faute professionnelle médicale | The undersigned agrees that by signing below, they are affirming the conditions and statements set forth in the Medical Malpractice Liability Insurance Application.

Nom de la personne qui remplit cette proposition | Name of person completing this application:

Poste | Position: _____

Date: _____

Signature du proposant | Applicant's signature: _____

SVP, envoyez la proposition complétée, signée et datée à souscription@revau.com | Please send the completed, signed and dated application to underwriting@revau.com.

