

EN REMPLISSANT CE FORMULAIRE, VOUS DONNEZ VOTRE ACCORD POUR LE TRAITEMENT DE VOS INFORMATIONS PERSONNELLES. VEUILLEZ VOUS RÉFÉRER À LA PAGE 7 POUR PLUS DE DÉTAILS SUR NOTRE POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ.



Proposition d'assurance responsabilité civile professionnelle et générale pour : Établissements de soins de santé

Veillez lire et compléter la demande dans son intégralité. Les blancs et/ou les tirets ne sont pas acceptables et retarderont l'examen de la demande. Répondez à toutes les questions. Si la question ne s'applique pas, indiquez "N/A" dans l'espace prévu à cet effet.

SECTION 1 – INFORMATIONS GÉNÉRALES

1. Nom du demandeur (en caractères d'imprimerie) :									
Nom de l'établissement à assurer:									
Adresse :									
Ville:			Province:		Code Postal:				
N° de téléphone.:			Courriel:						
Adresse du site web:					☐ S/O				
2. Êtes-vous un titulaire de police actuel ou un nouveau demandeur ?					☐ Titulaire actuel ☐ Nouveau demandeur				
3. Quelle est la structure juridique de l'entreprise?					☐ entreprise en nom propre ☐ partenariat ☐ société ☐ autre (décrire):				
4. Nombre d'années d'activité de l'établissement:									
5. Un collège provincial de médecins et chirurgiens exerce-t-il une surveillance sur l'établissement (CMQ)?					☐ Oui ☐ Non ☐ S/O				
Si oui, quelle était la date de la dernière inspection ? (jj/mm/aaaa):									
Des conditions ou des restrictions ont-elles été imposées aux activités de l'établissement par le CMQ ?					☐ Yes ☐ No				
Si oui, donnez tous les détails ici:									
6. Énumérez toutes les accréditations et adhésions à des associations détenues par l'établissement (si aucune, écrivez "Aucune") :									
Dernière année d'accréditation:									
7. Veuillez indiquer les sources et les montants des recettes annuelles brutes pour les années suivantes (en CAD.):									
	Dernier exercice financier complet		Estimation pour l'année financière en cours		Estimation pour le prochain exercice financier				
Revenu Canadien									
Revenu USA									
Revenu Total									
8. Quel pourcentage des patients traités sont:			Résidents canadiens: %		Résidents non canadiens: %		Résidents des USA: %		
9. Combien de visites/consultations/traitements/tests/procédures ont été effectués au cours de l'année écoulée ?									
Si oui, veuillez fournir tous les détails:									
10. Veuillez indiquer le pourcentage de patients par tranche d'âge:			< 30: %		30-64: %		> 65: %		

SECTION 2 – INFORMATIONS SUR L'ÉTABLISSEMENT

1. Indiquez le type d'établissement, tous les services qui s'appliquent, ainsi que le pourcentage des recettes et le nombre annuel de ces services.:					
	% relatif des recettes	Nbre annuel de services		% relatif des recettes	Nbre annuel de services
☐ Centre de diagnostic: Radiographie CT SCAN IRM Mammographie Colonoscopie			Densité osseuse Services de laboratoire Tests auditifs Scanner prénatal Autre (décrire):		

	% relatif des recettes	Nbre annuel de services		% relatif des recettes	Nbre annuel de services
☐ Centre de chirurgie: Chirurgie des yeux Chirurgie orthopédique Chirurgie esthétique et plastique Podologie Chirurgie du pied			Chirurgie générale Grefe de cheveux Autres (décrire):		
☐ Clinique médicale: Médecine familiale générale: Cabinet d'un seul médecin Cabinet collectif Équipe de santé familiale Centre de santé communautaire			Clinique de soins des pieds/de podiatrie Clinique de réadaptation/physiothérapie Cabinet dentaire Autres (décrire):		
☐ Type de prestataire de services: Services d'aide aux toxicomanes Services d'aide psychologique Pharmacie			Services à domicile Autres (décrire):		

Veuillez fournir une description complète des produits et services offerts par le demandeur : (veuillez joindre le matériel promotionnel)

2.	L'établissement dispose-t-il de lits pour une occupation de nuit (par ex : pour une convalescence postopératoire) ?	☐ Oui ☐ Non
i.	Si oui, quel est le nombre total de lits de nuit?	
ii.	Quel est le taux d'occupation moyen de vos lits de nuit?	
iii.	Existe-t-il un tour d'appel documenté pour le service d'anesthésie et la spécialité chirurgicale de toute admission de nuit ?	☐ Oui ☐ Non
3.	L'établissement fournit-il des services de télésanté ou de télémedecine ? Si non, passez à la section 3	☐ Oui ☐ Non
i.	Si oui, veuillez donner tous les détails:	
ii.	Répondez-vous à toutes les exigences de licence applicables dans la juridiction concernée par la rencontre de télésanté ?	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
iii.	Répondez-vous à toutes les exigences d'accréditation des établissements de soins de santé participant à la rencontre de télésanté ??	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
iv.	Suivez-vous les normes établies par la législation ou les organismes de réglementation provinciaux ou territoriaux qui s'appliquent aux services de télésanté ??	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
v.	Vous assurez-vous que la technologie utilisée est d'une qualité et d'une fiabilité suffisantes pour faire des évaluations précises des soins de santé aux patients ?	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O

SECTION 3 - ESSAIS CLINIQUES

1.	L'établissement participe-t-il à des essais cliniques? Si non, passez à la section 4.	☐ Oui ☐ Non
2.	Veuillez indiquer pour qui les essais cliniques sont entrepris (par ex : , une société pharmaceutique, un organisme de recherche, etc :)	
3.	L'établissement sert-il de site pour des essais cliniques ?	☐ Oui ☐ Non
	Si oui, ces essais cliniques sont-ils approuvés par le comité d'éthique de la recherche de l'établissement ?	☐ Oui ☐ Non
4.	Est-ce qu'un essai clinique implique les sujets suivants:	
i.	femmes enceintes?	☐ Oui ☐ Non
ii.	enfants?	☐ Oui ☐ Non
5.	L'établissement reçoit-il une indemnisation complète des promoteurs de l'essai clinique ??	☐ Oui ☐ Non
6.	Veuillez indiquer les recettes annuelles provenant de l'activité d'essais cliniques	
7.	Combien d'essais ont été réalisés au cours des 12 derniers mois, en précisant le nombre de sujets dans chaque essai :	
8.	Quel est le nombre prévu d'essais auxquels l'établissement participera au cours des 12 prochains mois, en précisant le nombre de sujets pour chaque essai	

SECTION 4 – COUVERTURE D'ASSURANCE REQUISE

1. Veuillez sélectionner le(s) type(s) de couverture que vous souhaitez souscrire et la limite souhaitée pour chaque couverture:

Type de couverture		Limite \$1 Million	Limite \$2 Million	Limite \$5 Million	Limite \$10 Million
Faute professionnelle médicale (réclamations présentées)	☐ Oui ☐ Non				
Responsabilité civile	☐ Oui ☐ Non				

SECTION 5 – RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE - CETTE SECTION DE LA POLICE EST SUR LA BASE DES RÉCLAMATIONS PRÉSENTÉES

1. L'établissement a-t-il besoin de la couverture du directeur médical pour les tâches administratives uniquement ?
Nom du directeur médical: ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
2. L'établissement s'assure-t-il que tous ses médecins (chirurgiens, anesthésistes, dentistes) sont membres d'une organisation de défense médicale (ACPM) ou qu'ils disposent d'une assurance responsabilité professionnelle personnelle.? ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
- Dans le cadre du processus d'accréditation des praticiens, une preuve de cette couverture est-elle exigée chaque année ? ☐ Oui ☐ Non

3. Détails sur le personnel:

Indiquez le nombre de salariés et de contractuels (c'est-à-dire le personnel qui travaille dans l'établissement et qui n'est PAS salarié - indépendant.):

Profession	Employé		Contractuel	Profession	Employé		Contractuel
	Plein	Partiel			Plein	Partiel	
Anesthésistes				Médecins			
Audiologistes				Assistants médicaux			
Aides-soignants / Agents de soutien personnel				Physiothérapeutes			
Podologues				Assistants physiothérapeutes			
Chiropraticiens				Podiatres			
Assistants dentaires				Assistants psychologues			
Hygiénistes dentaires				Psychologues			
Technologues dentaires				Infirmières diplômées			
Dietéticienne				Infirmières auxiliaires autorisées			
ORL (oto-laryngologistes)				Psychothérapeutes agréés			
Gynécologues				Travailleurs sociaux			
Kinésiothérapeutes				Orthophonistes			
Assistants médicaux				Urologues et proctologues			
Technologue de laboratoire médical				Autre (décrire):			
Technologue en radiation médicale				Autre (décrire):			
Infirmières praticiennes				Autre (décrire):			
Ergothérapeutes				Personnel non médical:			
Ophthalmologues,				Administratif			
Opticiens				Clerical			
Optométristes				Autre (décrire):			
Orthopédie & Cosmétique/Chirurgiens plasticiens				Autre (décrire):			
Paramédics				Autre (décrire):			
Pharmaciens							

4. Tous les entrepreneurs indépendants ont-ils leur propre assurance de responsabilité professionnelle (faute professionnelle médicale) ? ☐ Oui ☐ Non
- Si non, l'établissement fournit-il une couverture de responsabilité professionnelle pour ces personnes ? ☐ Oui ☐ Non

5. Les licences ou certificats professionnels de tous les employés et entrepreneurs indépendants sont-ils vérifiés avant leur embauche ?	☐ Oui ☐ Non
6. Existe-t-il des mécanismes formels pour la sélection, le recrutement, l'orientation et la gestion des performances de tous les membres du personnel ?	☐ Oui ☐ Non
7. Le consentement éclairé est-il obtenu avant toutes les procédures médicales/traitements/tests, etc.	☐ Oui ☐ Non
8. Avez-vous un programme documenté de gestion des risques?	☐ Oui ☐ Non
9. Disposez-vous d'un programme formel d'assurance qualité clinique ??	☐ Oui ☐ Non
10. Un dépistage est-il effectué avant le test de diagnostic (par exemple, des métaux sous-cutanés avant une IRM), le cas échéant ?	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
11. Existe-t-il une politique officielle pour le transfert urgent des patients vers l'hôpital de soins aigus le plus proche pour la prise en charge d'un résultat indésirable urgent pour le patient (par exemple, une hémorragie) ?	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
12. Le personnel professionnel est-il formé aux interventions d'urgence pendant toutes les heures d'ouverture ?	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
13. Suivez-vous les directives actuelles de prévention et de contrôle des infections émises par l'Agence de la santé publique du Canada, le ministère de la Santé ou toute autorité de santé publique régionale, provinciale ou territoriale ?	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
Si oui, à quand remonte la dernière mise à jour du guide?	
Disposez-vous d'un plan écrit pour gérer l'apparition d'une maladie transmissible dans votre établissement ?	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
Êtes-vous en conformité avec toutes les exigences réglementaires en matière de santé et de sécurité au travail ?	☐ Oui ☐ Non
Ne remplissez ce qui suit que si les réponses aux questions ci-dessus sont "Non"	
Existe-t-il un processus de prise en charge des patients/clients présentant des symptômes de maladie transmissible afin de prévenir la transmission à d'autres personnes ?	☐ Oui ☐ Non
Suivez-vous le protocole de nettoyage environnemental dans l'environnement des services personnels ?	☐ Oui ☐ Non
Vous assurez-vous que le personnel suit les protocoles d'hygiène des mains ?	☐ Oui ☐ Non
L'immunisation contre la grippe est-elle obligatoire pour tout le personnel de votre établissement ?	☐ Oui ☐ Non
Si non, veuillez expliquer.	
Tous les équipements sont-ils propres et désinfectés/stérilisés conformément aux directives provinciales actuelles sur les meilleures pratiques avant d'être réutilisés pour un autre patient/client ?	☐ Oui ☐ Non
Utilisez-vous des serviettes à usage unique ou d'autres couvertures de protection sur les tables/lits ?	☐ Oui ☐ Non
Éliminez-vous tous les déchets, y compris les dispositifs à usage unique, conformément aux exigences réglementaires ?	☐ Oui ☐ Non
L'ensemble du personnel est-il en mesure de démontrer une connaissance adéquate des principes généraux de prévention des infections, y compris les risques de maladies transmissibles communes pour le personnel dans le cadre des services aux personnes ?	☐ Oui ☐ Non
Les équipements de protection individuelle (EPI) appropriés sont-ils disponibles et facilement accessibles à l'ensemble du personnel ?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous des protocoles en place pour obtenir et maintenir des quantités adéquates d'équipement, de produits, de matériaux nécessaires à la prévention et au contrôle de l'infection afin de prévenir la transmission de la maladie ?	☐ Oui ☐ Non
14. Le personnel reçoit-il une formation sur tous les équipements qu'il utilise dans l'établissement avant de les utiliser ?	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
15. Un programme formel de sécurité laser a-t-il été établi conformément à toutes les normes, réglementations et standards professionnels applicables ?	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
16. L'établissement dispose-t-il d'un programme de maintenance préventive pour tous les équipements biomédicaux ?	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
17. Existe-t-il des accords de maintenance pour le CT, l'IRM et autres équipements similaires ?	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
Si oui, existe-t-il un accord de maintenance avec un tiers ?	☐ Oui ☐ Non
18. L'établissement respecte-t-il les recommandations des fabricants pour l'inspection et l'entretien des équipements ?	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
19. Les dossiers cliniques sont-ils conservés pendant au moins dix (10) ans à compter de la date de la dernière visite du patient/client et, dans le cas des mineurs, pendant au moins dix (10) ans après que le mineur ait atteint sa majorité ?	☐ Oui ☐ Non
20. Des mesures sont-elles en place pour la protection des informations sur la santé des patients/clients, conformément à la législation pertinente sur la protection de la vie privée ?	☐ Oui ☐ Non

SECTION 6 – RESPONSABILITÉ CIVILE GÉNÉRALE

1. Le propriétaire de l'établissement ou la municipalité doivent-ils être indiqués comme assurés supplémentaires ? Si oui, veuillez remplir le questionnaire sur l'assuré supplémentaire.	☐ Oui ☐ Non																							
2. La couverture est-elle requise pour tous les locaux ou bâtiments appartenant (en totalité ou en partie) ou exploités par l'établissement ? Si oui, veuillez fournir tous les détails sur les locaux, y compris le nombre de bâtiments, le nombre d'étages, la date de construction, la superficie totale en pieds carrés, le nombre d'étages, le type de construction (par ex., béton) et les systèmes de protection.:	☐ Oui ☐ Non																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2">Emplacement</th> <th rowspan="2">Année</th> <th rowspan="2">Superficie (p.c.)</th> <th rowspan="2"># étages</th> <th rowspan="2">Construction</th> <th colspan="2">Système Protection</th> </tr> <tr> <th>Alarmes</th> <th>Gicleur</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Emplacement	Année	Superficie (p.c.)	# étages	Construction	Système Protection		Alarmes	Gicleur															
Emplacement						Année	Superficie (p.c.)	# étages	Construction	Système Protection														
	Alarmes	Gicleur																						
3. Tous les entrepreneurs et sous-traitants sont-ils tenus de fournir une preuve d'assurance responsabilité civile et de nommer l'Établissement en tant qu'assuré supplémentaire dans leur assurance ??	☐ Oui ☐ Non																							
4. Des mesures sont-elles en place pour garantir le respect de toutes les exigences réglementaires en matière de santé et de sécurité au travail ??	☐ Oui ☐ Non																							
5. Les employés sont-ils informés et mis à jour de leurs droits en vertu de la législation sur les normes d'emploi ??	☐ Oui ☐ Non																							
6. Existe-t-il une politique écrite sur la prévention de l'abus (y compris l'abus sexuel) des clients/patients ? Si oui, veuillez joindre une copie de cette politique.	☐ Oui ☐ Non																							
7. Existe-t-il une politique écrite sur la prévention et la gestion du harcèlement/de l'abus du personnel par les clients/patients ??	☐ Oui ☐ Non																							
8. L'établissement dispose-t-il de protocoles/procédures formels et écrits pour traiter les allégations ou les plaintes d'abus ??	☐ Oui ☐ Non																							
9. Tous les employés sont-ils couverts par la commission provinciale des accidents du travail ou par un organisme équivalent ?? Si non, existe-t-il un autre programme d'avantages sociaux ou d'invalidité pour les employés ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non																							
10. Quelles sont, le cas échéant, les fonctions ou installations des locaux qui sont sous-traitées (par exemple, le nettoyage, l'élimination des déchets) ? Si aucune, mettre "Aucune".																								
11. Tous les locaux sont-ils conformes aux exigences actuelles en matière de précaution/prévention des incendies ??	☐ Oui ☐ Non																							
12. Le personnel est-il instruit et tenu régulièrement informé des procédures d'incendie et d'urgence ??	☐ Oui ☐ Non																							
13. Des mesures sont-elles en place pour garantir la conformité aux réglementations en vigueur concernant la collecte, le stockage et l'élimination en toute sécurité de tous les déchets, y compris les objets tranchants et autres déchets dangereux, etc..?	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O																							
14. Des installations pour la collecte, le stockage et l'élimination en toute sécurité des déchets biomédicaux sont-elles prévues conformément aux directives/à la législation en vigueur ?	☐ Oui ☐ Non																							
15. Des installations sécurisées sont-elles prévues pour le stockage des substances contrôlées et des stupéfiants ?	☐ Oui ☐ Non																							
16. Les employés conduisent-ils leur véhicule personnel à des fins professionnelles ? Si oui, le signalent-ils à leur assureur automobile personnel ? Dans l'affirmative, ont-ils une limite minimale de 1 million de dollars pour la couverture de la responsabilité civile automobile dans leur police d'assurance automobile personnelle ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non																							

SECTION 7 – HISTORIQUE D'ASSURANCES ET DE RÉCLAMATIONS

A. Réclamations

1. Des plaintes pour négligence ont-elles déjà été déposées contre vous, avec ou sans succès ?	☐ Oui ☐ Non									
2. Des plaintes pour malhonnêteté ont-elles déjà été déposées contre vous, qu'elles aient abouti ou non ??	☐ Oui ☐ Non									
3. Avez-vous des antécédents d'action disciplinaire auprès de votre association professionnelle, y compris la révocation ou la suspension de votre licence par l'organe directeur de votre profession ?	☐ Oui ☐ Non									
4. Avez-vous déjà été condamné pour avoir enfreint une loi, à l'exception d'une infraction mineure au code de la route, en raison de votre profession ?	☐ Oui ☐ Non									
5. Des plaintes pour harcèlement et/ou abus sexuels ont-elles déjà été déposées contre vous ?	☐ Oui ☐ Non									
6. Veuillez énumérer tous les sinistres et incidents susceptibles de donner lieu à une réclamation, antérieurs à la date d'entrée en vigueur de la présente proposition de police, qui auraient donné lieu à une réclamation, découlant de vos activités professionnelles au cours de l'année écoulée. S'il n'y en a pas, indiquez "aucun" ::										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Année de l'incident</th> <th>Nature des blessures</th> <th>Partie lésée</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Année de l'incident	Nature des blessures	Partie lésée							
Année de l'incident	Nature des blessures	Partie lésée								

B. Historique Assurance

1. Avez-vous déjà fait l'objet d'un refus, d'une annulation ou d'un non-renouvellement par une assurance de responsabilité professionnelle?	☐ Oui ☐ Non
2. Avez-vous déjà été annulé pour non-paiement?	☐ Oui ☐ Non
3. La couverture antérieure était-elle basée sur le principe de la réclamation présentée?	☐ Oui ☐ Non

Si sur base de réclamations présentée, date de rétroactivité la plus récente (jj/mm/aaaa):

Assureur antérieur	No police	Limites de responsabilité	Prime	Date d'échéance (jj/mm/aaaa)

AVIS CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

En souscrivant une assurance auprès de Groupe d'assurance South Western, un client donne à Groupe d'assurance South Western son consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de renseignements personnels, y compris ceux qui ont été recueillis antérieurement, aux fins suivantes:

- la communication avec les souscripteurs;
- la souscription de polices;
- l'évaluation des réclamations;
- la détection et la prévention de la fraude;
- l'analyse des résultats commerciaux;
- les fins requises ou autorisées par la loi.

Conformément à la politique de SWG en matière de protection de la vie privée, disponible au bas de la présente demande et sur notre site web: <https://swgins.com/fr/page/politique-de-confidentialite.html>

Vous pouvez exercer votre droit d'accès à vos informations personnelles en notre possession, les faire rectifier ou retirer votre consentement en nous contactant à l'adresse PrivacyOfficer@swgins.com. Si vous exercez votre droit de retirer votre consentement à la communication ou à l'utilisation des informations collectées nécessaires à la fourniture de certains produits ou services, cela empêchera le groupe d'assurance South Western de fournir ces produits ou services. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Groupe d'assurance South Western, veuillez communiquer avec son Responsable de la protection de la vie privée au 416-620-6604.

DÉCLARATION DE GARANTIE

Le soussigné garantit formellement qu'à sa connaissance, les déclarations faites dans la présente sont véridiques. Si les informations fournies dans la présente proposition devaient changer entre la date de la proposition et la date d'entrée en vigueur de la police, le soussigné garantit qu'il signalera immédiatement ces changements à l'assureur et que ce dernier pourra modifier ou retirer toute offre ou tout accord visant à lier ou à modifier l'assurance.

La signature de la présente proposition n'engage pas le soussigné à souscrire cette assurance, ni l'assureur à la compléter. Toutefois, si l'assureur contracte et émet une police, la présente proposition servira de base au contrat et sera jointe à la police, dont elle fera partie intégrante.

RÉSIDENTS DU NOUVEAU-BRUNSWICK UNIQUEMENT :

Je confirme par la présente ma demande que le présent document et tout autre document et correspondance relatifs à la présente assurance soient rédigés en langue anglaise.

SIGNATURE

Signature:		Date (jj/mm/aaaa):	
	(Représentant autorisé)		
Nom (en caractères d'imprimerie)		Title/Position:	

POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ

Groupe South Western s'engage à protéger la vie privée et la confidentialité de ses courtiers ainsi que les renseignements relatifs à leurs assurés. Afin de nous conformer à la loi sur la vie privée, nous avons élaboré cette politique de confidentialité. Tout renseignement personnel reconnaissable sur un assuré est considéré comme une information confidentielle et sera traitée conformément à cette politique de confidentialité

CAS PARTICULIERS

Groupe South Western ne recueille, n'utilise ou ne dévoile de renseignements privés que dans les cas particuliers suivants :

- Offre et fourniture d'assurances ainsi que de produits et services connexes;
- Vérification de l'identité et de l'exactitude des renseignements avec l'aide d'organismes gouvernementaux, d'associations industrielles ou d'autres assureurs;
- Analyse, évaluation et assurance des risques avec prudence;
- Enquête et acquittement des réclamations;
- Détection et prévention de toute fraude ou activité illégale;
- Établissement de statistiques;
- Conformité aux lois ou aux demandes d'organismes d'application de la loi ou de réglementation.

Dans cette politique de confidentialité, nous nous référerons à la liste ci-dessus comme les « Cas particuliers ».

DIVULGATION À DES TIERS

Le Groupe d'Assurance South Western pourrait divulguer de l'information à propos de vous à de tierces compagnies, lorsque permis par la loi. Ces divulgations peuvent inclure celles que South Western juge nécessaires pour vous donner un service à la clientèle, prévenir de la fraude, effectuer des recherches ou pour se conformer à la loi. Les récipiendaires peuvent comprendre les compagnies sœur de la famille South Western, des représentants pour des réclamations, des fournisseurs de services, des compagnies de rapports de clients, des courtiers et agents d'assurance, des représentants de la loi, de la cour ou du gouvernement. Ces tiers peuvent divulguer ces informations à d'autres parties lorsque permis par la loi.

AVIS DE PRIVILÈGE & DE CONFIDENTIALITÉ – Messages électroniques

Courriel électronique et les télécopies et tous fichiers qui l'accompagneraient sont confidentiels et peuvent faire l'objet d'un privilège. Ils sont destinés uniquement à la personne ou à l'entité à qui ils sont adressés. Si vous avez reçu ce courriel par erreur, veuillez en avertir l'expéditeur immédiatement.

CONSENTEMENT

Groupe South Western s'attend à ce que ses courtiers et sociétés affiliées suivent les étapes suivantes afin de confirmer le consentement de leurs assurés à ses pratiques courantes et futures en matière de gestion des renseignements privés :

Le courtier a demandé expressément à un assuré des renseignements privés à seule fin de contracter une assurance ou un service ou produit connexe;

Le courtier a obtenu un consentement ou une confirmation explicite de l'assuré sous forme d'un document écrit, verbal ou par voie électronique;

Le consentement de l'assuré sollicité par nos sociétés affiliées ou courtiers correspond à un besoin bien défini;

Le courtier doit fournir à l'assuré une copie de sa politique de confidentialité et doit aviser South Western Group Groupe South Western de toute rétractation de ce consentement par un assuré;

Le courtier peut obtenir le consentement d'un assuré par le biais du représentant légal de l'assuré comme par exemple un tuteur légal, un agent ou une personne titulaire d'une procuration.

Si un assuré refuse de divulguer certains renseignements personnels, ou s'il retire son consentement, South Western Group Groupe South Western pourrait lui refuser l'octroi d'une police d'assurance.

LIMITATION DE LA CUEUILLETTE ET RÉTENTION D'INFORMATION PERSONNELLE

Le Groupe d'Assurance South Western va seulement recueillir, utiliser ou divulguer de l'information personnelle qui est nécessaire pour des mesures d'identification là où requis par la loi. Nous allons conserver l'information seulement pendant le temps nécessaire pour effectuer la tâche d'identification. South Western pourrait stocker certaines données dans des juridictions hors du Canada et pourrait partager de l'information avec des tierces compagnies qui sont situées à l'extérieur du Canada.

INTÉGRITÉ DES RENSEIGNEMENTS

Groupe South Western exige de ses courtiers de faire en sorte, en tout temps, que les renseignements personnels soient exacts, complets et à jour, tel que cela est stipulé dans les cas particuliers.

MESURES DE PROTECTION

Groupe South Western assurera la confidentialité des renseignements personnels à l'aide de mesures de protection correspondant au niveau de sensibilité des renseignements. Ces mesures varieront selon la sensibilité, le format, l'emplacement et le stockage des renseignements personnels.

RESPONSABILITÉ, TRANSPARENCE ET ACCÈS

Groupe South Western, assumant la responsabilité de tous les renseignements personnels qui lui sont confiés une "Agente de la protection de la vie privée" cette personne relève de la haute direction pour ce qui est de la conformité à la politique de confidentialité de South Western Group Groupe South Western.

Vous pouvez contacter notre agent la protection à PrivacyOfficer@swgins.com.

CONTESTATION DE CONFORMITÉ

Si un courtier n'est pas satisfait de la réponse de Groupe South Western à une demande ou une plainte relative à la confidentialité, il pourra contacter le bureau du Commissaire à la protection de la vie privée (Canada) durant les heures normales de travail au [1-800-282-1376](tel:1-800-282-1376) ou à l'adresse www.privcom.gc.ca.

Veillez consulter la version complète et actualisée de la politique de confidentialité sur notre site web:

<https://swgins.com/fr/page/politique-de-confidentialite.html>