

COMPLETION OF THIS FORM INDICATES YOUR CONSENT FOR PROCESSING YOUR PERSONAL INFORMATION. PLEASE REFER TO PAGE 6 FOR DETAILS ON OUR PRIVACY POLICY.



Proposition d'assurance responsabilité civile professionnelle et générale pour le personnel de santé réglementé et paramédical

Veuillez 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 "S/O" dans l'espace prévu à cet effet.

SECTION 1 – INFORMATIONS GÉNÉRALES

1. Nom (en caractères d'imprimerie):					
Nom commercial s'il est différent du nom ci-dessus :					
2. Adresse:				S'agit-il de votre domicile ?	☐ Oui ☐ Non
Ville:		Province:		Code Postal:	
Téléphone:		E-Mail:			
3. Adresse du cabinet si elle est différente de l'adresse ci-dessus :					
Ville:		Province:		Code Postal:	
Téléphone:		E-Mail:			
4. Êtes-vous déjà titulaire d'une police d'assurance ou êtes-vous un nouveau demandeur ?		☐ Titulaire actuel ☐ Nouveau demandeur			
5. Décrivez votre statut professionnelle :		☐ Indépendant/entrepreneur indépendant ☐ Praticien salarié ☐ Employé contractuel			
6. Si vous êtes salarié, indiquez le nom de votre employeur :					
7. Si vous êtes indépendant, quelle est la structure juridique de votre entreprise:		☐ Entreprise individuelle ☐ Société ☐ Société professionnelle (Ontario uniquement) ☐ Partenariat			
8. Possédez-vous ou gérez-vous une entité de soins de santé ?		☐ Oui ☐ Non			
Si oui, le nom de l'entité est:					
Contact Name:		Téléphone :			
Adresse Email:		Année de création:			
Si vous possédez ou gérez un établissement de soins de santé, vous devez remplir le formulaire de demande d'établissement de soins de santé de SWG avant que des devis puissent être établis.					
9. Veuillez indiquer vos recettes annuelles brutes, à l'exclusion des recettes provenant de la vente de marchandises, pour les années suivantes (en CAD) :		Année précédente:	\$	Année actuelle:	\$

SECTION 2 – PRATIQUE PROFESSIONNELLE

PARTIE A – PROFESSIONNELS DE SANTÉ RÉGLEMENTÉS

1. En quelle qualité êtes-vous autorisé à exercer ?

Audiologiste	☐	Technologue en radiologie médicale	☐	Podologue	☐
Pédicure-podologue	☐	Ergothérapeute	☐	Psychologue	☐
Hygiéniste dentaire	☐	Opticien	☐	Psychothérapeute	☐
Technologue dentaire	☐	Optométriste	☐	Infirmière diplômée	☐
Dentiste	☐	Pharmacien	☐	Infirmière diplômée d'État	☐
Diététicien	☐	Technicien en pharmacie	☐	Thérapeute respiratoire	☐
Kinésiologue	☐	Infirmières praticiennes	☐	Orthophoniste	☐
Technologue de laboratoire médical	☐	Physiothérapeute	☐		

2. Nombre d'années de pratique:

3. Êtes-vous membre d'une association professionnelle compétente ?

☐ Oui ☐ Non ☐ N/A

si oui, veuillez énumérer les affiliations :

4. Êtes-vous accrédité et/ou certifié ?

☐ Oui ☐ Non ☐ N/A

Si oui, veuillez énumérer les accréditations et/ou certifications :

PARTIE B – Personnel paramédical

1. En quelle qualité êtes-vous autorisé à exercer ?

Conseiller en alcoolisme et toxicomanie	☐	Technicien médical	☐	Récréo-thérapeute	☐
Ambulancier (non paramédical)	☐	Conseiller dans la santé mentale	☐	Conseiller ou thérapeute en réhabilitation	☐
Préposé	☐	Musicothérapeute	☐	Technicien en thérapie respiratoire	☐
Aide-soignant	☐	Assistant en ergothérapie	☐	Assistant social	☐
Assistant dentaire	☐	Assistant orthopédique	☐	Instructeur en médecine du sport	☐
Technicien en dialyse	☐	Orthoptiste	☐	Technicien chirurgical	☐
Diététique (nutritionniste)	☐	Préposé aux services de soutien à la personne	☐	Conseiller en bien-être	☐
Consultant	☐	Technicien/assistant en pharmacie	☐	Autres (Veuillez préciser):	☐
Professionnel de la remise en forme	☐	Phlébologue	☐		
Conseiller en soins de santé	☐	Aide/assistant en physiothérapie	☐		
Prothésiste auditif	☐	Assistant en podologie	☐		
Technicien de laboratoire	☐				

2. Nombre d'années de pratique:

3. Êtes-vous membre d'une association professionnelle compétente ?

☐ Oui ☐ Non ☐ N/A

si oui, veuillez énumérer les affiliations :

4. Êtes-vous accrédité et/ou certifié ?

☐ Oui ☐ Non ☐ N/A

Si oui, veuillez énumérer les accréditations et/ou certifications :

SECTION 3 – GARANTIE REQUISE

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

Type de garantie:		Limite 1 Million \$	Limite 2 Millions \$	Limite 5 Millions \$
Faute professionnelle médicale (réclamations présentées)	☐ Oui ☐ Non			
Responsabilité civile générale des entreprises (Sinistre)	☐ Oui ☐ Non			

SECTION 4 – RESPONSABILITÉ GÉNÉRALE - CETTE POLICE EST BASÉE SUR LA SURVENANCE D'UN SINISTRE

1. Faire une brève description de vos locaux dans le tableau ci-dessous :

Nom du bâtiment	Emplacement	Année de construction	Surface (pieds carrés)	Nombre d'étages

2. Avez-vous besoin d'une garantie pour une entreprise/entité que vous possédez ou contrôlez ? ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O

3. Veuillez énumérer toutes les fonctions ou installations des locaux que vous sous-traitez (par exemple, nettoyage, élimination des déchets, etc.) :

4. Exigez-vous des sous-traitants qu'ils souscrivent une assurance adéquate et qu'ils désignent votre établissement comme assuré supplémentaire à leur assurance ? ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O

5. Les lieux sont-ils conformes aux exigences actuelles en matière de protection et de prévention contre l'incendie ? ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O

6. Savez-vous ce qu'il faut faire en cas d'incendie ou d'autre urgence ? ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O

7. Les lieux disposent-ils d'un système de secours d'urgence (par exemple, pour l'éclairage, la protection contre l'incendie) ? ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O

8. Des installations pour la collecte, le stockage et l'élimination en toute sécurité des déchets biomédicaux sont-elles prévues conformément aux lignes directrices/à la législation en vigueur ? ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O

SECTION 5 — SECTION RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE - CETTE SECTION DE POLICE EST BASÉE SUR LES RÉCLAMATIONS PRÉSENTÉES

1. Le consentement éclairé est-il obtenu avant toutes les procédures/tests, etc. ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O

2. Existe-t-il des procédures écrites vous permettant de gérer les urgences médicales (par exemple, l'anaphylaxie) ? ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O

3. Êtes-vous titulaire d'un certificat pour les soins vitaux en réanimation ? ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O

4. Prévention et contrôle des infections :

Êtes-vous en conformité avec toutes les exigences réglementaires en matière de santé et de sécurité sur le lieu de travail ? ☐ Oui ☐ Non

Suivez-vous les directives actuelles en matière de prévention et de contrôle des infections émises par l'Agence de santé publique du Canada, le ministère de la Santé ou toute autorité régionale, provinciale ou territoriale de santé publique ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quand le guide a-t-il été mis à jour pour la dernière fois ?

Disposez-vous d'un plan écrit pour gérer l'apparition d'une maladie transmissible dans votre établissement ? ☐ Oui ☐ Non

Ne remplissez les questions suivantes que si les réponses aux questions précédentes sont "non".

Existe-t-il une procédure de prise en charge des patients/clients présentant des symptômes de maladie transmissible afin d'éviter la transmission à d'autres personnes ? ☐ Oui ☐ Non

Respectez-vous le protocole de nettoyage de l'environnement dans les services à la personne ? ☐ Oui ☐ Non

Veillez-vous à ce que le personnel respecte les protocoles d'hygiène des mains ? ☐ Oui ☐ Non

La vaccination 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 lignes directrices provinciales en vigueur en matière de bonnes pratiques avant d'être réutilisés avec un autre patient/client ? ☐ Oui ☐ Non

Utilisez-vous des serviettes à usage unique ou d'autres protections 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 qu'il possède une connaissance suffisante des principes généraux de prévention des infections, y compris des risques de maladies transmissibles les plus courants pour le personnel des services à la personne ?	☐ Oui ☐ Non
Les équipements de protection individuelle (EPI) appropriés sont-ils disponibles et facilement accessibles à l'ensemble du personnel ?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous mis en place des protocoles pour obtenir et maintenir des quantités adéquates d'équipements, de produits et de matériaux nécessaires à la prévention et au contrôle des infections afin de prévenir la transmission de la maladie ?	☐ Oui ☐ Non
5. Avez-vous reçu une formation sur tous les équipements que vous utilisez dans votre cabinet ?	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
6. Tous les équipements utilisés dans votre cabinet font-ils l'objet d'inspections périodiques, de tests et d'une maintenance préventive ?	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
7. Les registres d'inspection, d'entretien, d'essai et d'étalonnage des équipements sont-ils conservés ?	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
8. 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 de mineurs, pendant au moins dix (10) ans après leur majorité ?	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
9. Des mesures ont-elles été mises en place pour protéger les informations sur la santé des patients/clients conformément à la législation sur la protection de la vie privée ?	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
10. Produisez-vous ou fournissez-vous des produits ?	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
11. Effectuez-vous des ajustements ou des modifications sur des produits tels que des fauteuils roulants ou d'autres dispositifs similaires ?	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O

SECTION 6 – ANTÉCÉDENTS EN MATIÈRE DE RÉCLAMATIONS ET D'ASSURANCE

A. Réclamations

1. Des plaintes pour négligence ont-elles déjà été déposées contre vous, qu'elles aient abouti ou non ?	☐ 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 fait l'objet de mesures disciplinaires de la part de votre association professionnelle, y compris la révocation ou la suspension de votre licence par le comité 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, dans le cadre de votre profession ?	☐ Oui ☐ Non	
5. Des plaintes pour harcèlement sexuel et/ou abus ont-elles été déposées contre vous ?	☐ Oui ☐ Non	
6. Veuillez énumérer tous les sinistres et incidents susceptibles de donner lieu à un sinistre, antérieurs à la date d'entrée en vigueur de la présente proposition de police, qui auraient donné lieu à un sinistre, découlant de vos activités professionnelles au cours de l'année écoulée. S'il n'y en a pas, indiquez "aucun" :		
Année de l'incident	Nature des dommages	Partie lésée

B. Antécédents de l'assurance

1. Avez-vous déjà fait l'objet d'un refus, d'une annulation ou d'un non-renouvellement de votre assurance responsabilité professionnelle par une compagnie d'assurance ?	☐ Oui ☐ Non
2. Avez-vous déjà fait l'objet d'une résiliation pour défaut de paiement ?	☐ Oui ☐ Non
3. La garantie antérieure était-elle une assurance sur base de réclamations présentées ?	☐ Oui ☐ Non

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

Assureur Précédent	Numéro de la police	Limite de garantie	Prime	Date d'expiration (jj/mm/aaaa)

AVIS RELATIF AUX INFORMATIONS PERSONNELLES

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 d'informations personnelles, y compris celles qui ont été recueillies antérieurement, aux fins suivantes:

- la communication avec les souscripteurs;
- l'évaluation des sinistres;
- l'analyse des résultats de l'entreprise;
- la souscription des polices;
- la détection et la prévention de la fraude;
- 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 FORMELLE

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):		Titre/Poste:	

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 avvertir 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.

Veuillez consulter la version complète et actualisée de la politique de confidentialité sur notre site web:
<https://swgins.com/fr/page/politique-de-confidentialite.html>