

## PROPOSITION FAUTES MÉDICALES | MEDICAL MALPRACTICE APPLICATION

### AVIS IMPORTANT | IMPORTANT NOTICE

Avant de conclure un contrat d'assurance générale avec un assureur, il est de votre responsabilité de divulguer à l'assureur tout élément dont vous savez, ou que vous pourriez savoir, qui pourrait être pertinent dans la prise de décision de l'assureur d'accepter ou non le risque lié à l'assurance, et s'il accepte, sous quelles conditions. | Before you enter into a contract of general insurance with an insurer, you have a duty to disclose to the insurer every matter that you know, or could reasonably be expected to know, is relevant to the insurer's decision whether to accept the risk of the insurance and, if so, upon what terms.

Vous avez la même obligation de divulguer ces éléments à l'assureur avant de renouveler, prolonger, modifier ou rétablir un contrat d'assurance générale. | You have the same duty to disclose those matters to the insurer before you renew, extend, vary or reinstate a contract of general insurance.

Vous n'êtes toutefois pas tenus de divulguer les éléments suivants | Your duty, however, does not require disclosure of matter:

- Qui diminuent le risque entrepris par l'assureur | That diminishes the risk to be undertaken by the insurer;
- Qui sont de notoriété publique | That is of common knowledge;
- Qui sont connus ou qui, dans le cours normal des affaires, devraient être connus par votre assureur | That your insurer knows, or in the ordinary course of its business, ought to know;
- Pour lesquels l'assureur renonce à s'acquitter de son obligation de divulgation | As to which compliance with your duty of disclosure is waived by the insurer.

Si vous ne respectez pas votre obligation de divulgation, les souscripteurs peuvent être autorisés à réduire leur responsabilité en vertu du contrat à l'égard d'une réclamation ou peuvent annuler le contrat. Si votre non-divulgation est frauduleuse, les souscripteurs peuvent également avoir la possibilité de déclarer le contrat résolu. | If you fail to comply with your duty of disclosure, Underwriters may be entitled to reduce their liability under the contract in respect of a claim or may cancel the contract. If your non-disclosure is fraudulent, Underwriters may also have the option of avoiding the contract from its beginning.

Veuillez compléter TOUTES les questions. Si vous n'avez pas suffisamment d'espace, veuillez inclure tout détail supplémentaire sur une feuille séparée, en indiquant à quel numéro l'information fait référence. | Please answer ALL questions fully. If there is insufficient space, please provide further details on a supplementary sheet noting which question number the additional information relates to.

Le Proposant sera désigné en tant que « Votre » ou « Vos ». | The Applicant will be referred to in this proposal as "You" or "Your".

### INFORMATION SUR LE PROPOSANT | APPLICANT INFORMATION

1. Nom complet de chaque entité à être assuré (y compris les détails sur les sociétés de service, administratives ou nommées que vous désirez assurer) | Full name of all entities to be insured (including details on service, administrative or nominee companies and subsidiaries that you wish to be covered by this policy):

---

---

2. Adresse de correspondance principale | Principal, Mailing Address:

---

3. Adresses des succursales ou autres emplacements | Address(es) of branch offices or other locations.

---



---



---

4. Date à laquelle votre pratique a été établie | Date on which your Practice was established:

---

5. Veuillez fournir les détails suivants | Please supply the following details:

				<b>Période de pratique en tant qu'associé, administrateur ou dirigeant   Period Practicing as Partner, Principal or Director</b>	
<b>Noms des associés, administrateurs et dirigeants   Names of Partners, Principals and Directors</b>	<b>Âge   Age</b>	<b>Qualifications   Qualifications</b>	<b>Date de qualification   Date Qualified</b>	<b>Cabinet actuel   This practice</b>	<b>Cabinet antérieur   Previous practices</b>

6. Veuillez fournir le nombre total de | Please supply total numbers of:

<b>Associés, administrateurs, dirigeants   Partners, principals, directors</b>	
<b>Personnel qualifié   Qualified Staff (veuillez spécifier   please specify)</b>	
<b>Autre personnel technique   Other technical staff</b>	
<b>Stagiaire   Trainee staff</b>	
<b>Personnel administrative non-technique   Non-technical administrative staff</b>	
<b>Personnel clérical   Clerical staff</b>	
<b>Autre personnel   Other staff (veuillez spécifier   please specify)</b>	
<b>Total du personnel   Total of all staff</b>	

*\* Pour propriétaire unique seulement – questions 7 et 8 | \* For Sole Proprietors Only - Questions 7. and 8.*

7. Indiquer l'expérience de vos assistant(e)s en incluant la durée de leur service et/ou toute formation fournie. | State the experience of your assistants and their length of service and/or any training provided.

---



---

8. Quels arrangements avez-vous afin de vous assister lors de vos absences pour affaires, absences temporaires, maladies ou toute urgence non planifiée | What arrangements do you have to assist you during your temporary absence on business, leave, sickness, or unforeseen emergency?

---

## DÉTAILS DE VOTRE PARTIQUE | DETAILS OF YOUR PRACTICE

9. Le nom de la pratique a-t-il déjà été change | Has the name of the practice ever been changed?  
 Oui | Yes       Non | No

10. Une autre pratique s'est-elle déjà fusionnée avec vous | Has any other practice or business amalgamated or merged with you?  Oui | Yes       Non | No

11. Avez-vous acquis une autre pratique ou entreprise | Have you purchased any other practice or business?  Oui | Yes       Non | No

Si vous avez répondu Oui à l'une des questions ci-haut, veuillez spécifier | If you have answered Yes to any of the above, please supply details.

---



---

12. Est-ce qu'un associé, un administrateur ou un dirigeant est lié ou associé (financièrement ou autrement) avec une autre pratique ou entreprise | Is any partner, principal or director connected or associated (financially or otherwise) with any other practice or business?  
 Oui | Yes       Non | No

Si Oui, veuillez spécifier | If Yes, please supply details.

---

13. Veuillez indiquer les organismes professionnels ou associations auxquels vous appartenez. | Please list the professional bodies or associations to which you belong.

---

14. Veuillez détailler votre revenu total d'honoraires | Please detail your total fee income:

<b>Pour les 12 derniers mois   For the last 12 months</b>	
<b>Prévu pour les 12 prochains mois   Estimated for the next 12 months</b>	

15. Veuillez fournir une répartition approximative en pourcentage de vos revenus d'honoraires provenant des champs de travail suivants | Please provide an approximate percentage split of your fee income derived from the following fields of work:

(Le total doit être égal à 100% | Total Must Equal 100%)

<b>Acupuncture   Acupuncture</b>		<b>Optométrie   Optometry</b>	
<b>Audiologie   Audiology</b>		<b>Pathologie   Pathology</b>	
<b>Chimique, pharmaceutique   Chemical, pharmaceutical</b>		<b>Podiatrie   Podiatry</b>	
<b>Chiropratique   Chiropractic</b>		<b>Podologie   Chiropody</b>	
<b>Dentisterie, orthodontie   Dentistry, orthodontics</b>		<b>Psychologie   Psychology</b>	
<b>Ergothérapie   Occupational therapy</b>		<b>Physiothérapie   Physiotherapy</b>	
<b>Massothérapie   Massage</b>		<b>Recherche clinique   Clinic research</b>	
<b>Naturopathie   Naturopathy</b>		<b>Soins à domicile   Home nursing</b>	
<b>Nutrition, diététiste   Nutrition, dietetics</b>		<b>Thérapie de beauté, esthétique   Beauty Therapy, aesthetics</b>	
<b>Orthophonie   Speech therapy</b>		<b>Traitement du cuir chevelu et de cheveux   Hair and scalp treatment</b>	
<b>Ostéopathie   Osteopathy</b>		<b>Autre   Other (compléter questions suivantes   Complete following questions)</b>	

Si vous rendez tout service de soins, veuillez compléter le supplément soins ci-après | If you render any care services, please complete the Care Supplement attached.

**16. Compléter si applicable | Complete if applicable**

Veillez détailler la nature précise des activités. | Please provide details of the precise nature of activities or business.

---

---

Veillez catégoriser les activités spécifiques décrites ci-haut et indiquer le pourcentage approximatif de votre revenu d'honoraires dérivés. | Please categorise the specific activities or business outlined described above and indicate the approximate percentage of your fee income derived from same.

---

---

Veillez fournir des détails sur tout conseil donné et/ou vos procédures de consentement en lien avec les activités décrites ci-haut. | Please provide details of any advice given and/or your informed consent procedures in relation to the activities or business outlined described above.

---

---

Les rapports verbaux sont-ils toujours confirmés par écrit | Are verbal reports always confirmed in writing?  Oui | Yes  Non | No

Si Non, comment justifiez-vous de tels rapports verbaux | If No, how do you substantiate such verbal reports?

---

**17. Un contrat ou un client représente-il plus de 50% de vos honoraires annuels | Does any contract or client represent more than 50% of your annual work or fees?  Oui | Yes  Non | No**

**18. Quel est le nombre moyen de visite de patient par jour | What is the average number of patient visits per day?**

---

**19. Engagez-vous des consultants, sous-contractants ou agents | Do you engage consultants, sub-contractors or agents?  Oui | Yes  Non | No**

Si Oui, exigez-vous qu'ils aient leur propre couverture en responsabilité civile ou faute professionnelle | If Yes, do you require them to carry their own professional indemnity or malpractice insurance?  Oui | Yes  Non | No

Concluez-vous des ententes d'indemnisations ou renoncez-vous d'une quelconque manière aux droits légaux que vous pourriez avoir contre de tels consultants, sous-traitants ou mandataires | Do you enter into any hold-harmless agreements or otherwise waive any legal rights or entitlements which you may have against such consultants, sub-contractors or agents?  Oui | Yes  Non | No

**20. Envisagez-vous des changements substantiels dans vos activités ou de nouvelles opérations majeures sont-elles envisagées au cours des 12 prochains mois | Do you envisage any substantial changes in your activities or are there any major new operations contemplated during the next 12 months?  Oui | Yes  Non | No**

Si Oui, veuillez détailler | If Yes, please supply details.

---

---

21. Effectuez-vous des travaux à l'extérieur de votre pays ou pour des clients situés hors du Canada | Do you perform work outside of your country of domicile or work for clients located outside of Canada?  Oui | Yes  Non | No  
 Si Oui, veuillez fournir les détails et pourcentages approximatifs par pays. | If Yes, please supply details and approximate percentage per country.

---

22. Conservez-vous les dossiers clients pour un minimum de 7 ans, ou selon les standards requis de l'industrie | Do you hold all client records for a minimum of 7 years or in line with the industry standards and/or requirements?  Oui | Yes  Non | No

23. Avez-vous un protocole en place concernant la violence | Do you have any abuse protocols in place?  Oui | Yes  Non | No  
 Si Oui, veuillez fournir une copie du dit document. | If Yes, please supply a copy of this document.

**DETAILS DES RÉCLAMATIONS | CLAIMS DETAILS**

24. Est-ce qu'un associé, administrateur, dirigeant ou employé a déjà fait l'objet d'une procédure disciplinaire pour faute professionnelle | Has any partner, principal, director or staff member ever been subject to disciplinary proceedings for professional misconduct?  
 Oui | Yes  Non | No  
 Si Oui, veuillez détailler. | If Yes, please supply details.

---

25. Des réclamations pour négligence ou manquement à une obligation professionnelle ont-elles été formulées au cours des dix (10) dernières années contre vous ou votre pratique ou l'un de ses prédécesseurs en affaires, ou contre la pratique antérieure de l'un de vos associés, dirigeants ou administrateurs, anciens ou actuels, ou des événements qui pourraient donner lieu à une réclamation ont-ils été transmis aux assureurs | Have any claims for negligence or breach of professional duty been made in the last ten (10) years against you or your practice or any of its predecessors in business or any prior practice of any of your present or former partners, principles or directors, or have circumstances been notified to insurers that might give rise to a claim?  Oui | Yes  Non | No  
 Si Oui, veuillez détailler | If Yes, please supply details.

Date de Notification   Date Matter Notified	Nom du demandeur ou potentiel   Name of Claimant or Potential	Brève description   Brief Description	Montant payé ou estimé de responsabilité potentielle   Amount paid or estimate of Potential Liability	Sujet finalisé ou en cours   Is Matter Finalized or Outstanding



## DÉCLARATION | DECLARATION

Je suis la ou les personnes assurées autorisées soussignées et, après enquête, je peux/nous pouvons déclarer ce qui suit | I am / we are the undersigned authorised Insured Person(s) and after enquiry I / we can declare as follows:

Je suis ou nous sommes autorisés par chacun des autres demandeurs à faire cette proposition. | I am or we are authorised by each of the other applicants to make this proposal.

J'ai ou nous avons lu cette proposition et les documents qui l'accompagnent, et nous reconnaissons que son contenu est véridique et complet. | I or we have read this proposal and the accompanying documents and acknowledge the contents of same to be true and complete.

Je ou nous comprenons que, tant qu'un contrat d'assurance n'est pas conclu, je ou nous sommes dans l'obligation d'informer immédiatement l'assureur de tout changement de particularités contenues dans cette proposition ou dans tout document qui l'accompagne. | I or we understand that, up until a contract of insurance is entered into, I or we are under a continuing obligation to immediately inform the Insurer of any change in the particulars or statements contained in this proposal or in the accompanying documents.

Bien que la signature de la présente proposition n'oblige pas les demandeurs à souscrire une assurance, ceux-ci reconnaissent que les détails et déclarations contenus dans la présente proposition et dans les documents d'accompagnement doivent constituer la base du contrat en cas d'émission d'une police. De plus, les demandeurs reconnaissent que la proposition et les documents d'accompagnement seront intégrés à la police. | Although the signing of this proposal does not bind the applicants to effect insurance the applicants acknowledge that the particulars and statements contained in this proposal and in the accompanying documents shall be the basis of the contract should a policy be issued; and further, the applicants acknowledge that the proposal and the accompanying documents will be incorporated in the policy.

Signature de l'assuré | Signature of the Insured: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

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

## SUPPLÉMENT SOINS | CARE SUPPLEMENT

1. Confirmation que tout le personnel non qualifié sur le plan médical est entièrement formé et approuvé par un médecin ou une infirmière qualifiée et apte à prodiguer des services de soins, après une période de surveillance, et s'efforcent d'obtenir les qualifications qu'ils ne détiennent pas déjà. | Confirmation that all non-medically qualified staff are fully trained and signed off as competent by an employed qualified medical practitioner/nurse as fully competent to provide care services, following a period of supervision and are all working towards their qualifications where they do not already hold.  Confirmé | Confirmed  
Détails, le cas échéant | Details if any:  
\_\_\_\_\_

2. Confirmation que l'assuré fournit une formation complète sur le levage et l'élévation, les soins de la démence, les comportements difficiles, la santé et la sécurité, les blessures par piqûre d'aiguille, etc., ainsi qu'une formation continue sur ces sujets. | Confirmation that insured provides full training in lifting and hoisting, dementia care, challenging behaviour, H&S, needle stick injuries etc and regular refresher training on these subjects and evidence of attendance are kept and signed off in employee's records.  Confirmé | Confirmed  
Détails, le cas échéant | Details if any:

---
3. Confirmation que seules les infirmières et le personnel soignant compétent/expérimenté (niveau senior) appliquent toutes les procédures de soins, telles que l'alimentation par sonde, les soins par cathéter, etc. | Confirmation that only nurses and well trained/experienced (senior level) care staff undertake any nursing care procedures, such as peg feeding, catheter care, etc.  Confirmé | Confirmed  
Détails, le cas échéant | Details if any:

---
4. Veuillez donner des détails complets sur toute gestion des risques mise en place (ou à mettre en place) en suivant les recommandations/exigences de vos inspecteurs en qualité/standards des soins. | Please give full details as to any risk management implemented (or to be implemented) following recommendations/requirements by your local quality/standard of care inspectors.

---
5. Veuillez indiquer comment vous gérez le manque de personnel afin de vous assurer que vous avez suffisamment d'employés pour gérer le nombre de soins et les besoins spécifiques des utilisateurs des services dans chaque foyer. | Please advise how you manage staff shortages to ensure that you have enough staff to manage the number of and specific care requirements of the service users at each home.

---
6. Veuillez confirmer que vous ne fournissez aucun service de soins aux personnes actuellement détenues en vertu de la loi sur la santé mentale ou ne gérez aucune unité à sécurité élevée. | Please confirm that you do not provide any care services to those who are currently detained under the Mental Health Act or operate any high secure units.  Confirmé | Confirmed  
Détails, le cas échéant | Details if any:

---
7. Est-ce que certaines infirmières occupant des fonctions cliniciennes | Do any of the employed nurses have any prescribing duties?  Oui | Yes  Non | No  
Si Oui, veuillez détailler (ex.: combine, quels médicaments et la procédure de gestion des risques qui l'entoure, etc.) | If yes please full details (e.g. how many, what drugs and the risk management procedure surrounding this etc)

---
8. Avez-vous pris en charge des prestataires de soins existants à la suite d'une mauvaise gestion, et veuillez indiquer comment vous avez transformé ces foyers afin de fournir des soins de qualité supérieure. | Have you taken over any existing care providers following poor management and please give feedback as to how you have turned these homes around to provide high standards of care.

---



9. Sur le plan de la gestion des foyers, quelles procédures de contrôle appliquez-vous sur l'expérience et les qualifications du responsable? Avez-vous des conditions préalables? | In terms of management of the homes, what checking procedures do you undertake on the experience and qualifications of the manager? Do you have prerequisite requirements?
- 

10. Veuillez confirmer que tous les plans de soins sont rédigés et acceptés par un médecin généraliste qui détient sa propre couverture pour faute professionnelle, erreurs et omissions. | Confirmation that all care plans are written and agreed by a GP who holds their own malpractice, errors and omissions cover.  Confirmé | Confirmed  
Détails, le cas échéant | Details if any:
- 

11. Confirmation que tous les thérapeutes complémentaires (coiffeurs, podologues, massothérapeutes, etc.) détiennent leur propre couverture en tant qu'individus, sinon veuillez indiquer leur nombre et leurs rôles. | Confirmation that all complementary therapists (i.e. hairdressers, chiropodists, massage therapists etc) hold their own cover as individuals, if not please advise numbers and roles.  Confirmé | Confirmed  
Détails, le cas échéant | Details if any:
-