

CETTE PROPOSITION D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FAIT PARTIE DE LA PROPOSITION D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE, Y COMPRIS TOUTE PROPOSITION D'ASSURANCE SPÉCIFIQUE À LA CLASSE DE RISQUE OU QUI VISE UN RENOUVELLEMENT, PRÉSENTÉES PAR LE PROPOSANT OU EN SON NOM. LES CONDITIONS ET LES DÉCLARATIONS CONTENUES DANS CES PROPOSITIONS SONT INTÉGRÉES À CETTE PROPOSITION COMPLÉMENTAIRE ET S'Y APPLIQUENT.

VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS, SANS EXCEPTION. SI L'ESPACE FOURNI N'EST PAS SUFFISANT, VEUILLEZ INCLURE VOS RÉPONSES DANS UNE ANNEXE.

Veillez joindre les documents suivants :

- i. Une copie du contrat écrit standard du proposant avec le personnel placé ou dont les services sont loués.
- ii. Une copie du contrat écrit standard du proposant avec la clientèle d'affaires

PROPOSANT

1. Nom : _____

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ET INFORMATIONS FINANCIÈRES

2. Le proposant fournit-il l'un des services de vérification préemploi suivants :

- des tests liés aux emplois Oui Non
- la vérification des titres professionnels et des diplômes Oui Non
- la vérification des antécédents Oui Non
- des tests de dépistage de drogues (par l'intermédiaire d'un tiers) Oui Non
- autres (précisez) : _____

3. Veuillez remplir le tableau suivant en décrivant chaque service et indiquez le pourcentage approximatif des recettes provenant de chacun d'entre eux.

Services	Pourcentage (le total doit être de 100 %)
Placement temporaire	%
Placement permanent	%
Location d'employés	%
Recrutement	%
Autres (précisez) :	%

4. Veuillez indiquer le type de personnel placé ou de personnel loué (cadre, employé de bureau, etc.) :

Pour le personnel des soins de santé, svp détaillez votre réponse aux questions 7 et 8.

5. Le proposant s'occupe-t-il du placement ou de la location des services des non-résidents? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir tous les renseignements pertinents.

6. Quel est le salaire annuel payé par le proposant au personnel placé ou dont les services sont loués?
(Remarque : Ce montant doit être inclus dans les recettes annuelles brutes indiquées dans la proposition d'assurance responsabilité professionnelle.)

Exercice précédent : _____ Estimation pour l'année courante : _____ Estimatif pour la prochaine année : _____

AGENCES DE PLACEMENT EN SOINS DE SANTÉ

Cochez la case si ces services ne sont pas fournis.

7. Veuillez remplir le tableau suivant en décrivant votre personnel et indiquez le nombre approximatif d'employés par type d'emploi.

Personnel	Nombre d'employés
Infirmiers autorisés	
Infirmiers auxiliaires autorisés	
Aides-soignants/préposés aux bénéficiaires	
Auxiliaires en santé et services sociaux	
Préposés aux bénéficiaires effectuant des activités déléguées dans le cadre de la Loi 90 (au Québec seulement)	
Autres (précisez) :	

8. Indiquez le pourcentage approximatif des recettes provenant des catégories suivantes. (Le total doit être de 100 %.)

Type de clients	Pourcentage (le total doit être de 100 %)
Établissements (hôpitaux, résidences pour personnes âgées, etc.)	%
Résidences privées	%
Autres (précisez) :	%

Le représentant autorisé du proposant soussigné déclare que les déclarations contenues dans la présente proposition d'assurance complémentaire et toute pièce jointe ou information présentée avec la présente proposition d'assurance complémentaire sont véridiques et complètes. La personne soussignée comprend que la présente proposition d'assurance complémentaire et les pièces jointes ou renseignements fournis aux présentes font partie de la proposition d'assurance présentée par le proposant ou en son nom pour l'assurance proposée et qu'ils sont assujettis aux conditions et aux déclarations qui y sont énoncées.

Nom du proposant
(caractères d'imprimerie) : _____ Date : _____

Signature du proposant : _____ Titre du proposant : _____