

Toronto Office: 18 King St. E., Suite 300 Toronto, ON M5C 1C4
T: 416-603-7864 or 1-877-603-7864 | F: 416-603-7861 | www.suminsurance.ca

Montreal Office: 1001 De Maisonneuve Blvd. W., Suite 900 Montreal, QC H3A 3C8
T: 514-845-7861 or 1-855-845-7861 | F: 514-844-7862 | www.assurancesum.ca

RENEWAL APPLICATION - MEDICAL MALPRACTICE INSURANCE FORMULAIRE DE RENOUVELLEMENT – ASSURANCE POUR FAUTE MÉDICALE

1. NAMED INSURED / **NOM DE L'ASSURÉ :**

2. PLEASE STATE THE GROSS INCOME/FEEs RECEIVED FOR EACH OF THE LAST THREE FINANCIAL YEARS AND AN ESTIMATE FOR THE NEXT FINANCIAL YEAR IN RESPECT OF INCOME/FEEs BILLED TO CLIENTS BASED IN THE FOLLOWING TERRITORIES / **VEUILLEZ INDIQUER LE REVENU BRUT/LES HONORAIRES PERÇUS POUR CHACUN DES TROIS DERNIERS EXERCICES ET UNE ESTIMATION POUR LE PROCHAIN EXERCICE EN CE QUI CONCERNE LE REVENU/LES HONORAIRES FACTURÉS AUX CLIENTS BASÉS DANS LES TERRITOIRES SUIVANTS :**

YEAR / ANNÉE	CANADA	USA / ÉTATS-UNIS	OVERSEAS / AILLEURS
Estimate for the next financial year ending / Estimation pour le prochain exercice se terminant le _____			

3. PLEASE STATE THE TOTAL NUMBER OF / **NOMBRE TOTAL DE PERSONNES DANS CHACUN DES GROUPES SUIVANTS :**

- a) Partners, Directors or Principals / **Associés, administrateurs ou dirigeants :** _____
- b) Qualified Staff / **Personnel qualifié :** _____
- c) Other technical staff / **Autre personnel technique:** _____
(excluding administrative staff) / (sauf personnel administratif)
- d) Administrative and all other staff / **Personnel administrative et autre:** _____
- Total / **Total :** _____

4. HAVE THERE BEEN ANY CHANGES TO YOUR BUSINESS ACTIVITY OR ANY OTHER STATEMENT MADE IN LAST YEAR'S APPLICATION / **Y'A-T-IL EU DES CHANGEMENTS DANS L'ACTIVITÉ DE VOTRE ENTREPRISE OU DANS TOUTE AUTRE DÉCLARATION FAITE DANS LA DEMANDE DE L'ANNÉE DERNIÈRE ?**

☐ Yes / **Oui** ☐ No / **Non**

If Yes, please provide details / **Si Oui, veuillez détailler :**

ACTIVITY / ACTIVITÉ(S)	%
	_____ %
	_____ %
	_____ %
	_____ %

5. OTHER THAN AS ALREADY DECLARED TO THE INSURERS / **AUTRES QUE CELLES DÉJÀ DÉCLARÉES AUX ASSUREURS :**

- a) Have any claims ever been made to the knowledge of the Applicant against the Applicant, any business predecessors, any of the present or former partners or officers / **À la connaissance du demandeur, des réclamations ont-elles déjà été formulées à l'encontre du demandeur, de tout prédécesseur commercial, de l'un des partenaires ou dirigeants actuels ou anciens ?**

☐ Yes / **Oui** ☐ No / **Non**

- b) Is the Applicant aware of any act, error, omission or circumstance which could give rise to a claim against the Applicant or any predecessor in business, or any present or former partner or officer / **Le demandeur a-t-il connaissance d'un acte, d'une erreur, d'une omission ou d'une circonstance susceptible de donner lieu à une réclamation à l'encontre du demandeur ou de tout prédécesseur dans l'entreprise, ou de tout associé ou dirigeant actuel ou ancien ?**

☐ Yes / **Oui** ☐ No / **Non**

If the answer to either question 5 a) or 5 b) is Yes, please provide full details / **Si la réponse à la question 5 a) ou 5 b) est oui, veuillez fournir des détails complets :**

NOTE: THE POLICY DOES NOT COVER ANY CLAIM OR CIRCUMSTANCE STATED IN 5 a) AND/OR 5 b) OR ANY ERROR, ACT, OMISSION OR CIRCUMSTANCE WHICH COULD GIVE RISE TO A CLAIM, OF WHICH THE APPLICANT HAS KNOWLEDGE PRIOR TO THE INCEPTION OF THE POLICY / **LA POLICE NE COUVRE PAS LES RÉCLAMATIONS OU CIRCONSTANCES MENTIONNÉES AUX POINTS 5 a) ET/OU 5 b), NI LES ERREURS, ACTES, OMISSIONS OU CIRCONSTANCES POUVANT DONNER LIEU À UNE RÉCLAMATION, DONT LE DEMANDEUR A EU CONNAISSANCE AVANT L'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA POLICE.**

6. HAS ANY PARTNER, EXECUTIVE OFFICER, DIRECTOR OR PROFESSIONAL EMPLOYEE HAD THEIR LICENSE SUSPENDED, BEEN FINED OR REPRIMANDED DURING THE PAST FIVE YEARS / **AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES, UN ASSOCIÉ, UN CADRE DIRIGEANT, UN ADMINISTRATEUR OU UN EMPLOYÉ PROFESSIONNEL A-T-IL VU SA LICENCE SUSPENDUE, S'EST-IL VU INFLIGER UNE AMENDE OU UN BLÂME ?**

☐ Yes / **Oui** ☐ No / **Non**

If Yes, please attach details / **Si Oui, veuillez détailler.**

7. INSURANCE REQUIRED / **ASSURANCE REQUISE :**

LIMITS / **LIMITES :**

- ☐ \$250,000/\$500,000
☐ \$500,000/\$1,000,000
☐ \$1,000,000/\$1,000,000
☐ \$1,000,000/\$2,000,000
☐ \$2,000,000/\$2,000,000
☐ \$3,000,000/\$3,000,000
☐ \$4,000,000/\$4,000,000
☐ \$5,000,000/\$5,000,000
☐ Other/**Autre:** _____

DEDUCTIBLE / **FRANCHISE :**

- ☐ \$2,500(Min.)
☐ \$5,000
☐ \$10,000
☐ \$25,000
☐ \$50,000
☐ Other/**Autre:** _____

We hereby declare that the above statements and particulars are true and that we have not suppressed or misstated any material facts and we agree that this declaration shall be the basis of any binder or contract of insurance with the Insurance Company, and that the limits and deductibles as stated in the said binder or contract of insurance shall govern. / **Les déclarations et détails ci-dessus sont véridiques et nous n'avons ni supprimé ni déformé aucun fait important. Nous acceptons que la présente déclaration serve de base à tout avenant ou contrat d'assurance avec la compagnie d'assurance et que les limites et franchises indiquées dans ledit avenant ou contrat d'assurance s'appliquent.**

It is understood and agreed that the completion of this declaration does not bind the Insurance Company to the issue of the insurance nor the Applicant to the purchase of this insurance. / **Il est entendu et convenu que le fait de remplir la présente déclaration ne lie pas la compagnie d'assurance à l'émission de l'assurance ni le demandeur à l'achat de cette assurance.**

It is further understood and agreed that if, following submission of this application to the insurer and prior to the date requested for coverage to be effective, the Applicant becomes aware of any information which has a bearing on question 5a) or 5b) of this application, the Insurer shall be immediately notified in writing of such information. / **Il est en outre entendu et convenu que si, après l'envoi de la présente proposition à l'assureur et avant la date demandée pour la prise d'effet de la couverture, le proposant prend connaissance d'une information ayant une incidence sur la question 5a) ou 5b) de la présente proposition, l'assureur doit être immédiatement informé par écrit de cette information.**

Signature of Applicant / **Signature du proposant :** _____

Dated / **Date :** _____

Print Name and Title / **Nom en lettre moulée et titre :** _____

BROKER NAME / **Nom du courtier :** _____

ADDRESS / **Adresse :** _____

PHONE NO / **Numéro de téléphone :** _____

FAX NO / **Numéro de télécopieur :** _____

EMAIL ADDRESS / **Adresse courriel :** _____