

## QUESTIONNAIRE ASSURANCE RESPONSABILITÉ MÉDICALE

### INSTRUCTIONS

1. Veuillez répondre aux questions de manière aussi complète et précise que possible. Si une question ne s'applique pas, veuillez écrire, "n/a".
2. Ce questionnaire doit être complété et signé par le demandeur, ou un agent autorisé par le demandeur.
3. Si plus d'espace est nécessaire, veuillez utiliser la section "Information Supplémentaire" à la fin du questionnaire en mentionnant la question ou veuillez utiliser un formulaire supplémentaire.

### I. DÉTAILS SUR L'ASSURÉ

**A.** \_\_\_\_\_  
Titre                      Nom de famille                      Prénom

\_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_  
Nationalité                      Date de naissance                      Adresse électronique

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone mobile                      Numéro de téléphone du cabinet médical

\_\_\_\_\_

Où avez-vous entendu parler de Branchet Swiss ?

**B. Adresse du domicile:**

\_\_\_\_\_

Rue & Numéro

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Code Postal                      Ville/Village                      Pays

**C. Adresse du cabinet médical**

\_\_\_\_\_

Rue & Numéro

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Code Postal                      Ville/Village                      Pays

\_\_\_\_\_

Adresse du site Web (le cas échéant)

**D. Indiquer l'adresse à utiliser pour la correspondance**                       Domicile     Cabinet

### II. DÉTAILS SUR LA FORMATION UNIVERSITAIRE

**A. Éducation / Formation:**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Année de qualification                      Pays de qualification                      Titre de la spécialité médicale (quelle spécialité)

\_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_  
Numéro d'immatriculation auprès de l'Autorité réglementaire                      Date de la première inscription                      Date du commencement de l'activité libérale

**B. Avez-vous une formation à une sous-spécialité ou des domaines d'intérêt particulier ?**                       Oui     Non

Si **oui**, veuillez fournir les détails complets \_\_\_\_\_

**C. Veuillez joindre votre CV**

### III. DÉTAILS SUR LE CABINET MÉDICALE

**A. Veuillez indiquer la structure de votre cabinet médical :**

Praticien seul

Praticien privé exerçant dans une ou plusieurs cliniques

Membre d'un partenariat ou d'une entreprise

Si **oui**, veuillez fournir les détails complets Nom du Partenariat ou de l'Entreprise ? \_\_\_\_\_

Activité mixte : praticien hospitalier salarié et praticien privé

Locum Tenens

Autre

Si **oui**, veuillez fournir les détails complets \_\_\_\_\_

**B. Combien de consultations privées pour lesquelles vous avez besoin d'une couverture effectuez-vous par semaine ? \_\_\_\_\_**

**C. Veuillez indiquer les noms et adresses de tous les établissements (publics et privés) dans lesquels votre activité déclarée sera exercée**

Nom \_\_\_\_\_ Nombre de sessions par semaine \_\_\_\_\_

Rue & Numéro \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville/Village \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

**D. Veuillez indiquer le nombre et le type de personnel que vous employez**

Type de Personnel	Nombre de salariés
Personnel administratif	
Chiropracteur	
Assistants médicaux	
Infirmier	
Infirmier-anesthésiste	
Physiothérapeute	
Assistants chirurgicaux	
Autre (type, nombre)	

#### IV. DÉTAILS SUR L'INDEMNISATION

**A. Veuillez fournir des détails complets sur la précédente couverture d'indemnisation**

Nom de(s) l'Assureur(s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Dates de couverture \_\_\_\_\_ Limite de responsabilité \_\_\_\_\_ Montant de la franchise \_\_\_\_\_

**B. Un assureur a-t-il déjà refusé de vous assurer, annulé votre police, refusé de renouveler votre assurance, ou imposé des conditions particulières à votre police ?**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez fournir les détails:

Quelle entreprise \_\_\_\_\_

Quand \_\_\_\_\_

Pour quelle raison \_\_\_\_\_

**C. Avez-vous eu des interruptions de 6 mois ou plus dans votre activité, au cours des 3 années précédentes ?**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez fournir les détails :

Quand \_\_\_\_\_

Combien de temps \_\_\_\_\_

Pour quelle raison \_\_\_\_\_

**D. Veuillez indiquer la date à laquelle la couverture est requise** \_\_\_\_\_

**E. Veuillez confirmer votre date rétroactive, si elle est connue** \_\_\_\_\_

**F. Quelle limite de responsabilité demandez-vous ?**

Limite par événement de 5 M CHF/10 M CHF par Année d'assurance

Limite par événement de 10 M CHF/10 M CHF par Année d'assurance

**G. Quelle franchise demandez-vous ?**

Nulle

2 000 CHF par événement

5 000 CHF par événement

**V. DÉTAILS SUR L'ACTIVITÉ**

**A. Veuillez indiquer l'activité médicale spécialisée pour laquelle vous souhaitez une couverture:** \_\_\_\_\_  
(Fournissez l'addendum nécessaire le cas échéant)

**B. Avez-vous une spécialité ou activité secondaire ?**  Oui  Non

Si **oui**, laquelle (Fournissez l'addendum nécessaire le cas échéant) \_\_\_\_\_

Si **oui**, quel pourcentage de votre pratique totale cette deuxième spécialité représente-t-elle ? \_\_\_\_\_

**C. Pratiquez-vous des actes chirurgicaux, des procédures d'intervention ou des procédures invasives dans le cadre de votre activité ?**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez remplir l'addendum correspondant.

Si **oui**, et si aucun addendum n'est concerné, veuillez fournir les détails complets:

Nom de la procédure \_\_\_\_\_

Nombre de chaque procédure indiquée que vous prévoyez d'effectuer au cours de l'année à venir \_\_\_\_\_

**Où ces actes chirurgicaux, procédures d'intervention ou procédures invasives sont-ils effectués ?**

hôpital public

hôpital privé

établissement de soins de santé privé

votre cabinet médical

**Si des actes chirurgicaux, procédures d'intervention ou procédures invasives sont effectués dans votre cabinet médical**

Quelles procédures effectuez-vous ici? \_\_\_\_\_

Si vous effectuez des procédures dans votre cabinet médical, quel(s) type(s) d'anesthésie utilisez-vous ? \_\_\_\_\_

**D. Dans votre cabinet privé, effectuez-vous des procédures chirurgicales, ou des consultations sur toute pathologie, que vous n'effectuez pas dans votre pratique publique ?**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez fournir les détails complets \_\_\_\_\_

**E. Effectuez-vous un travail cosmétique ou esthétique dans votre cabinet ?**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez remplir l'addendum sur la cosmétique.

**F. Effectuez-vous des consultations ou procédures de contrôle du poids dans votre cabinet ?**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez remplir l'addendum sur la bariatrie.

**G. Si vous n'êtes pas pédiatre, traitez-vous les patients pédiatriques dans votre cabinet ?**  Oui  Non

Quel pourcentage de votre pratique totale ce travail représente-t-il ? \_\_\_\_\_

Quelles procédures réalisez-vous ? \_\_\_\_\_

**H. Avez-vous des clients d'un haut profil ou travaillez-vous avec des personnes à haut profil ?**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez fournir les détails complets \_\_\_\_\_

**I. Avez-vous des clients domiciliés à l'étranger qui se déplacent chez vous en Suisse pour des traitements?**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez fournir les détails complets \_\_\_\_\_

Dans quels pays ces clients sont-ils domiciliés? \_\_\_\_\_

Type de procédure? \_\_\_\_\_

Nombre de procédures effectuées? \_\_\_\_\_

**J. Êtes-vous impliqué dans des activités exigeant que vous voyagiez en dehors de la Suisse, et pour lesquelles vous avez besoin d'une couverture ?**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez fournir les détails complets:

Pays dans lesquels vous avez voyagé: \_\_\_\_\_

Durée du voyage: \_\_\_\_\_

Fréquence de voyage: \_\_\_\_\_

Détails du travail effectué: \_\_\_\_\_

**K. Au cours des trois dernières années, avez-vous arrêté toute procédure ou intervention chirurgicale ou toute autre activité médicale ?**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez fournir les détails complets:

Nom de la procédure/chirurgie ? \_\_\_\_\_

Date d'interruption ? \_\_\_\_\_

Motif de l'interruption ? \_\_\_\_\_

## VI. DÉTAILS SUR LA RÉCLAMATION

**A. Avez-vous connaissance de toute réclamation ou action en justice intentée contre vous concernant votre cabinet privé ou votre pratique publique ?**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez fournir les détails complets:

Date de l'incident \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Résumé des événements ? \_\_\_\_\_

Cela a-t-il été notifié à votre assureur ?  Oui  Non

Quels paiements, le cas échéant, ont été versés en lien avec la réclamation ou l'action en justice ? \_\_\_\_\_

Quels montants restent impayés, le cas échéant ? \_\_\_\_\_

Quel est le statut de l'incident ?  Ouvert  Fermé

Si fermé, date de fermeture: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**B. Au sein de votre cabinet privé, avez-vous connaissance de toute complication, incident, allégation, résultats indésirables ou demande de dossiers susceptible de donner lieu à une réclamation ou une action en justice à votre rencontre ?**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez fournir les détails complets

Date de l'incident \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Résumé des événements ? \_\_\_\_\_

Quels préjudices sont allégués avoir eu lieu ? \_\_\_\_\_

La complication, l'incident, l'allégation ou le résultat indésirable a-t-il été déclaré à votre assureur ?  Oui  Non

## VII. QUESTIONS GÉNÉRALES

**A. Votre inscription ou licence d'exercice a-t-elle déjà été refusée, rejetée, révoquée, suspendue, limitée, placée sous période probatoire, volontairement rendue à ou soumise à une enquête de l'organisme d'inscription ou de licence concerné dans toute juridiction ?**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez fournir les détails complets:

Date de l'incident \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Résumé des événements \_\_\_\_\_

Quelle mesure avez-vous prise ? \_\_\_\_\_

Quelle a été l'implication de votre prestataire d'assurance ? \_\_\_\_\_

**B. Avez-vous déjà fait l'objet de mesures disciplinaires, d'une suspension d'exercice, d'une enquête, d'une période probatoire, ou votre contrat de travail a-t-il été résilié par tout employeur ou établissement médical ?**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez fournir les détails complets:

Date de l'incident \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Résumé des événements \_\_\_\_\_

Quelle mesure avez-vous prise ? \_\_\_\_\_

Quelle a été l'implication de votre prestataire d'assurance ? \_\_\_\_\_

Si vous êtes inscrit au registre médical suisse à cet égard, veuillez fournir une copie de l'extrait

Si vous êtes inscrit au registre pénal suisse à cet égard, veuillez fournir une copie de l'extrait

**C. En dehors des infractions mineures de la circulation, avez-vous déjà été accusé d'une infraction pénale ou fait l'objet d'une enquête policière ?**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez fournir les détails complets:

Date de l'incident \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

