



## PROPOSITION D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE POUR LES THÉRAPEUTES EN RÉHABILITATION ANIMALE

Nom du proposant :

Adresse postale :

Ville :

Prov. ou terr. :

Code postal :

Téléphone :

Courriel :

\*Veuillez informer BMS de tout changement de vos coordonnées afin de continuer à recevoir les informations relatives à votre assurance.

Remarque : Cette couverture n'est disponible que pour les membres domiciliés au Canada. Veuillez confirmer que vous comprenez et acceptez les conditions d'admissibilité.

Renouvelez-vous cette police d'assurance?

Oui  Non

Si vous renouvelez votre police d'assurance après sa date d'expiration et en dehors de la période de renouvellement, veuillez confirmer que vous comprenez que la date d'entrée en vigueur de cette police sera fixée à la date actuelle de la demande.

### Date d'entrée en vigueur de la police

Veuillez confirmer la date à laquelle vous souhaitez que votre police prenne effet (il doit s'agir de la date d'expiration d'une police existante, si vous en avez une). Veuillez taper AUJOURD'HUI si vous souhaitez que la couverture prenne effet immédiatement :

Date d'entrée en vigueur souhaitée (MM/JJ/AAAA): \_\_\_\_\_

### Informations sur l'adhésion

Êtes-vous membre en règle de l'Association canadienne de physiothérapie?

Oui  Non

Numéro de membre :

## Détails du demandeur

Offrez-vous des soins à des animaux en captivité?

Oui  Non

**Définition d'animal en captivité** : chevaux de performance – chevaux de course, chevaux d'entraînement et chevaux de compétition dont la valeur dépasse 100 000 \$.

*Si oui, veuillez appeler BMS au 1-855-318-6136.*

---

Proposez-vous des traitements d'acupuncture ou des traitements par manipulation?

Oui  Non

Si oui, et que les services sont inférieurs à 25 %, une prime supplémentaire sera appliquée.

*Si les services sont supérieurs à 25 %, veuillez appeler BMS au 1-855-318-6136.*

---

Le demandeur a-t-il déjà fait l'objet d'un refus, d'une annulation ou d'un non-renouvellement d'une assurance similaire de la part de l'assureur?

Oui  Non

Si oui, veuillez fournir les détails.

---

Avez-vous connaissance de faits, circonstances ou situations qui pourraient raisonnablement donner lieu à une réclamation contre vous/votre entreprise?

Oui  Non

Si oui, veuillez fournir les détails.

---

## L'assurance responsabilité civile professionnelle

L'assurance responsabilité professionnelle vous protège contre toute responsabilité ou allégation de responsabilité liée à des blessures ou des dommages résultant d'un acte négligent, d'une erreur, d'une omission ou d'une faute professionnelle découlant des activités professionnelles que vous exercez à titre de thérapeute en réhabilitation animale. Cette garantie couvre le paiement des dommages-intérêts compensatoires et des frais de justice liés à une réclamation.

### Détails de la couverture

Limite par réclamation / agrégée	1 000 000 \$ / 2 000 000 \$
Frais juridiques réglementaires	25 000 \$
Remboursement des frais de défense criminelle	25 000 \$
Perte de revenus	150 \$ par jour

### Prime

605 \$

### Services d'acupuncture fournis

Ajouter 110 \$

## Déclarations et garanties

Je déclare qu'au cours des cinq dernières années, aucun assureur n'a annulé, refusé ou refusé de me/nous délivrer une quelconque forme d'assurance responsabilité civile et que la présente demande divulgue les risques connus à la date de la présente demande. Je déclare que les déclarations fournies ici sont vraies et exactes à tous les égards, et que je demande, par la présente, un contrat d'assurance qui doit reposer sur la véracité des dites déclarations.

L'envoi de ce formulaire n'engage pas la partie proposante ou la société à souscrire l'assurance, mais il est convenu que ce formulaire sera la base du contrat si une police est émise.

La prime d'assurance est entièrement prélevée et n'est pas remboursable.

**Je déclare que je suis un membre en règle de l'Association canadienne de physiothérapie. S'il est déterminé que je ne suis pas un membre actif, je comprends que ma police d'assurance est nulle et non avenue.**

Signé par:

Poste:

Date:

## Renseignement sur le paiement

**La taxe de vente provinciale s'applique comme suit :**

Résidents de l'Ontario, taxe de vente de **8 %**

Résidents du Québec, taxe de vente de **9 %**

Résidents du Manitoba, taxe de vente de **7 %**

Résidents de Terre-Neuve, taxe de vente de **15 %**

Résidents de la Saskatchewan, taxe de vente de **6 %**

---

Sous-total	\$
------------	----

---

Taxe	\$
------	----

---

Montant total joint	\$
---------------------	----

---

Toutes les autres provinces ne sont pas assujetties à la taxe provinciale. La taxe sur les produits et services (TPS) ne s'applique pas aux primes d'assurance.

Veuillez émettre le chèque au nom de BMS Canada Services de Risques Ltée ou remplir l'autorisation de paiement par carte de crédit ci-après.

## Autorisation de paiement par carte de crédit

N° de compte VISA, AMEX ou MasterCard :

Date d'expiration :

CVV:

Nom du titulaire de la carte :

Signature :

**BMS Canada services de risques Ltée (BMS)**

825, voie Exhibition, bureau 209

Ottawa ON K1S 5J3

Sans frais : 1-855-318-6136

Télécopieur : 613-701-4234

Courriel : [cpa.insurance@bmsgroup.com](mailto:cpa.insurance@bmsgroup.com)