

Les solutions d'assurance pour vous et votre entreprise



LA PRÉSENTE DEMANDE VISE LA PÉRIODE D'ASSURANCE DU 1^{er} OCTOBRE 2026 AU 1^{er} OCTOBRE 2027.

Nom de la personne faisant la demande :

Autres propriétaires de votre entreprise (le cas échéant) :

Adresse postale :

Ville :

Province/Territoire :

Code postal :

Téléphone :

Courriel :

Veillez maintenir vos coordonnées à jour, afin que nous puissions vous transmettre des renseignements importants concernant votre assurance.

Notez : Cette couverture est réservée aux personnes résidant au Canada. Je confirme que je réponds à ce critère 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 la police sera fixée à la date de réception du paiement. ☐

Date de début de la couverture

Sous réserve de la réception du paiement. La couverture n'entre en vigueur qu'une fois le paiement reçu et traité.

À quelle date souhaitez-vous que votre couverture commence?

Votre couverture est actuellement configurée pour entrer en vigueur aujourd'hui ou dès réception du paiement. Si vous avez besoin d'une date de début différente, veuillez l'indiquer ici :

Vous avez déjà une couverture?

Indiquez la date d'expiration de votre police actuelle, afin d'éviter toute interruption de couverture :

La police a une date d'expiration commune fixée au 1^{er} octobre. Si vous souscrivez une couverture en cours d'année d'assurance, votre prime peut être calculée au prorata.

À propos de votre entreprise

Remplissez cette section que pour ou au nom de votre propre entreprise. **Ne remplissez pas** cette section pour ou au nom de l'entreprise de quelqu'un d'autre ou d'une entreprise qui vous emploie ou avec laquelle vous êtes sous contrat.

Nom commercial (veuillez indiquer tous les noms commerciaux utilisés) :

Veillez noter que cette demande est destinée aux propriétaires d'entreprise ayant une seule entité/raison sociale. Si vous possédez plusieurs entités ou sociétés qui ont besoin d'une assurance responsabilité civile professionnelle pour les cliniques, veuillez remplir une demande d'assurance responsabilité civile professionnelle pour les cliniques pour chaque entité ou société.

Si vous avez exercé sous un autre nom commercial par le passé ou si votre nom commercial change, veuillez communiquer avec BMS pour discuter de vos besoins en matière de couverture.

L'adresse principale de l'entreprise est-elle la même que l'adresse postale? ☐ Oui ☐ Non

Adresse du lieu (si différente de celle indiquée ci-dessus) :

Ville :	Province/Territoire :	Code postal :
---------	-----------------------	---------------

Vous souscrivez l'assurance responsabilité professionnelle uniquement pour votre entreprise. Chaque professionnel fournissant des services pour ou au nom de votre entreprise doit être couvert par une assurance responsabilité civile professionnelle individuelle d'un montant minimum de 1 000 000 \$. Un chiropraticien ou un ostéopathe doit souscrire sa propre assurance responsabilité professionnelle avec une limite minimale de 2 000 000 \$. Comprenez-vous et confirmez-vous cela? ☐

Prenez note que l'assurance responsabilité professionnelle pour cliniques offre un maximum annuel distinct en matière d'assurance responsabilité professionnelle pour l'entité commerciale. Si vous :

- faites travailler d'autres personnes (employés, entrepreneurs, assistants et/ou bénévoles) dans votre cabinet/entreprise,
- louez un espace de bureau ou en êtes propriétaire,
- possédez du contenu/des biens pour lesquels vous avez besoin d'une couverture

Nous vous recommandons d'envisager la souscription d'une couverture supplémentaire pour faire face aux risques potentiels associés. Les garanties supplémentaires peuvent inclure : Responsabilité civile cybersécurité et protection des données, responsabilité civile liée aux pratiques d'emploi, forfait des bureaux ou responsabilité civile professionnelle individuelle pour les autres services professionnels. Une demande distincte peut être requise.

Pour obtenir plus d'information sur la manière de présenter une demande, veuillez visiter le site Web du programme ou communiquer avec un courtier BMS dès aujourd'hui pour plus de détails. Veuillez confirmer que vous avez compris. ☐

Informations sur le candidat

Êtes-vous un membre en règle de l'Association canadienne de physiothérapie? ☐ Oui ☐ Non

Numéro de membre :

Une demande d'assurance similaire a-t-elle déjà été refusée, annulée ou non renouvelée par un assureur? Si oui, veuillez fournir des détails. ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous connaissance de faits, de circonstances ou de situations susceptibles de donner lieu, de manière raisonnable, à une réclamation au titre de la présente police? Si oui, veuillez fournir des détails. ☐ Oui ☐ Non

Une réclamation, une poursuite ou une plainte en responsabilité civile professionnelle a-t-elle été déposée contre vous ou votre entreprise au cours des cinq dernières années, ou une telle réclamation est-elle en instance contre vous ou votre entreprise au Canada ou ailleurs dans le monde? Si oui, veuillez fournir des détails. ☐ Oui ☐ Non

Il est entendu et convenu que si de tels faits, circonstances ou situations existent, qu'ils aient été divulgués ou non, toute réclamation ou action subséquente qui en découlera sera exclue de la couverture de toute police émise. ☐

Assurance responsabilité professionnelle des cliniques

Elle est recommandée aux entreprises dont d'autres professionnels travaillent pour ou au nom de l'entreprise et/ou facturent sous le nom de l'entreprise.

Cette couverture prévoit un maximum annuel distinct en matière d'assurance responsabilité professionnelle pour l'entité commerciale, qui n'est pas limité aux réclamations découlant du travail effectué par le propriétaire de l'entreprise ou en son nom. Veuillez noter que cette assurance doit être souscrite par une seule personne au nom de l'entreprise.

Si vous êtes constitué en société et que vous travaillez de façon indépendante sans qu'aucun autre professionnel de la santé ne facture sous votre nom commercial, vous n'avez pas besoin de souscrire cette assurance. Votre responsabilité professionnelle individuelle, si elle est souscrite par l'intermédiaire de l'ACP, s'étendra automatiquement à votre nom commercial, sans prime supplémentaire.

Limites de couverture pour 2026-2027 :

Agrégat général	5 000 000 \$ par réclamation/5 000 000 \$ agrégat
Formulaire de police	Sur la base de réclamations
Franchise	Néant

Souhaitez-vous souscrire l'assurance responsabilité professionnelle pour cliniques? Si oui, veuillez ☐ Oui ☐ Non remplir la section ci-dessous.

La tarification dépend du type et du nombre de professionnels qui fournissent des services à votre clinique/entreprise ou en son nom.

Indiquez le nombre total de professionnels prestant des services pour le compte de la clinique ou de l'entreprise. Précisez la répartition par catégorie ci-dessous. Les tarifs indiqués correspondent aux primes annuelles pour chaque professionnel.

Discipline	Tarifs par professionnel	Nombre de professionnels	Prime totale
Physiothérapeute	250 \$		
Physiothérapeute à temps partiel (Maximum de 20 heures par semaine)	150 \$		
Acupuncteur / Docteur en médecine chinoise	723 \$		
Thérapeute du sport	286 \$		
Audiologiste / Orthophoniste	222 \$		
Ajusteur vélo	123 \$		
Intervenant corporel	227 \$		
Chiropodiste	122 \$		
Chiropraticien	413 \$		
Conseiller/ Travailleur social	222 \$		
Praticien complémentaire	222 \$		
Hygiéniste dentaire	210 \$		
Diététiste	267 \$		

Ergonome	83 \$		
Massothérapie équine	235 \$		
Esthéticien	222 \$		
Physiologiste de l'exercice	500 \$		
Thérapeute de l'exercice	222 \$		
Thérapeute en étirement du fascia	176 \$		
Premier intervenant	118 \$		
Instructeur de golf	200 \$		
Soigneur équin	210 \$		
Hypnothérapeute	363 \$		
Kinésiologue	222 \$		
Consultante en lactation	235 \$		
Accompagnateur personnel	206 \$		
Ostéopathe manuel	413 \$		
Massothérapeute	222 \$		
Esthétique médicale	450 \$		
Entraîneur de pleine conscience	206 \$		
Naturopathe (Non réglementé)	461 \$		
Naturopathe (Réglementé) / Médecin naturopathe (référence requise)	546 \$		
Nutritionniste	267 \$		
Ergothérapeute	83 \$		
Orthésiste	222 \$		
Podo-orthésiste	222 \$		
Entraîneur personnel	127 \$		
Physiatre (référence requise)	420 \$		
Médecin (temps partiel – référence requise)	500 \$		
Médecin, Gynécologue (référence requise)	1 500 \$		
Médecin, Médecine sportive (temps plein – référence requise)	1 000 \$		
Podiatre (Chirurgies exclues – référence requise)	350 \$		
Fabricant de prothèses et d'appareils orthopédiques	222 \$		
Psychologue	363 \$		
Psychothérapeute	225 \$		
Assistants physiothérapeutes / Assistants en réadaptation	Néant		
Réflexologue	230 \$		
Infirmière autorisée	444 \$		
Professionnel de la réadaptation	83 \$		
Échographiste / Technicien en radiologie	83 \$		

Instructeur de yoga ou de Pilates	127 \$		
Instructeur d'équitation thérapeutique	222 \$		
Autre (veuillez décrire) :			
Total des primes de toutes les disciplines : Plus la taxe de vente applicable :			

Déclaration et garantie

Le soussigné déclare :

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 faites ici sont vraies et exactes à tous les égards, et 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 conservée et non remboursable, conformément à la législation.

Je comprends que l'assurance responsabilité professionnelle individuelle des physiothérapeutes est administrée par l'ACP et qu'elle peut être souscrite ou renouvelée en contactant l'ACP, et non par l'intermédiaire de la présente demande. ☐

Signé par :

Poste :

Date :

Informations relatives au paiement

Les taxes applicables seront ajoutées au besoin. Des frais de service de 30 \$ s'appliquent à tous les achats.

Divulgaration des produits

Ligne de couverture	Prime	Commission (incluse dans la prime)	Frais
Responsabilité professionnelle des cliniques	Par demande	25%	Néant

Pour de plus amples renseignements sur la rémunération des courtiers, [veuillez cliquer ici](#).

Comment finaliser votre achat :

Votre demande sera examinée par un courtier. Une fois approuvée, vous recevrez un courriel de BMS Canada Services de Risque (noreply@moneris.com) contenant votre devis d'assurance et un lien pour le paiement sécurisé. Veuillez noter que la couverture n'entre en vigueur qu'une fois le paiement reçu.