



DEMANDE D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE POUR MEMBRES DE L'ASSOCIATION DE RÉADAPTATION ANIMALE DU CANADA

CETTE DEMANDE EST POUR LA PÉRIODE DE POLICE DU 1ER OCTOBRE 2025 AU 1ER OCTOBRE 2026.

Nom du proposant:

Adresse:

Ville:

Prov. ou terr:

Code postal:

Téléphone:

Courriel:

*Veuillez informer BMS si vos coordonnées ont changé afin de continuer à recevoir des renseignements sur 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 :

Renseignements sur le membre

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

☐ Oui ☐ Non

Numéro de membre:

Détails sur la partie proposante

Traitez-vous des chevaux de course ou de performance d'une valeur supérieure à 100 000 \$?

☐ Oui ☐ Non

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 des détails.

Avez-vous connaissance de faits, de circonstances ou de situations qui pourraient raisonnablement donner lieu à une réclamation contre vous/votre entreprise? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, veuillez fournir des détails.

Assurance responsabilité 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.

Aperçu 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 \$

Effectuez-vous des traitements d'acupuncture ou de manipulation en tant que thérapeute en réadaptation animale?

☐ Non ☐ Oui (moins de 25%) – **110 \$** ☐ Oui (plus de 25%) - **Reference requise**

Déclaration et garantie

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 l'organisation 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.

Signé par:

Poste:

Date:

Divulgence des frais

Ligne de couverture	Prime	Commission (incluse dans la prime)	Frais
Assurance responsabilité professionnelle	Par demande	25 %	Néant

Pour plus d'informations sur la rémunération des courtiers, veuillez [cliquer ici](#).

Informations sur le paiement

Les taxes applicables seront ajoutées, le cas échéant. Tous les chèques doivent être libellés à l'ordre de BMS Canada Risk Services Ltd. Vous pouvez également remplir l'autorisation de carte de crédit ci-dessous.

Sous-total	\$
Frais de service	25.00 \$
Taxe	\$
Total joint	\$

*Remarque: Les frais de service ne s'appliquent pas si vous avez UNIQUEMENT souscrit la combinaison responsabilité professionnelle/responsabilité civile générale.

Autorisation de débit de la carte de crédit

N° de compte VISA, AMEX ou MasterCard:	Date d'expiration :	Code de sécurité :
Nom du titulaire de la carte :	Signature:	
BMS Canada Services de Risques Ltée 979 rue bank, bureau 200 Ottawa, ON K1S 5K5	Sans frais: 1-855-318-6136 Télécopie: 613-701-4234 Courriel: cpa.insurance@bmsgroup.com	