



LES SOLUTIONS D'ASSURANCE DE BMS POUR VOUS ET VOTRE ENTREPRISE

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

La date d'effet de votre police sera fixée à la date d'aujourd'hui. Si vous souhaitez que votre police prenne effet à une date différente, veuillez l'indiquer ci-dessous.

Si vous disposez d'une police existante, la date de début doit correspondre à la date d'expiration de votre police existante. **Veuillez noter que la date d'expiration commune de la police est le 1er octobre.** La prime peut être calculée au prorata si la couverture est souscrite à mi-parcours.

Date d'entrée en vigueur souhaitée (ne rien indiquer pour que votre police prenne effet à partir d'aujourd'hui) :

Renseignements sur l'entreprise

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

Oui Non

Si non, saisissez l'adresse de l'entreprise ci-dessous :

Nom de l'entité ou de l'entreprise :

Adresse du lieu (si elle diffère de l'adresse ci-dessus) :

Ville:

Prov. ou terr:

Code postal:

* Veuillez indiquer tous les noms commerciaux. Veuillez noter que vous souscrivez une assurance pour une seule entité/entreprise. Si vous avez exploité une autre entité auparavant ou si votre nom commercial change, veuillez contacter BMS au 1-855-318-6136 pour discuter vos besoins d'assurance.

Vous souscrivez une assurance responsabilité civile professionnelle pour votre entreprise uniquement. Chaque professionnel fournissant des services pour ou au nom de votre entreprise doit souscrire sa propre assurance responsabilité civile professionnelle, d'un montant minimum de 1 000 000 \$. Un chiropraticien ou un ostéopathe doit souscrire sa propre assurance responsabilité civile professionnelle, d'un montant minimum de 2 000 000 \$.

Comprenez-vous et confirmez-vous cela ?

Détails sur la partie proposante

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

Numéro de membre:

Type de demandeur:

Individuel

Partenariat

Entreprise

Autre (Veuillez fournir des détails):

Une proposition d'assurance semblable a-t-elle déjà été refusée ou annulée par l'assureur, ou le renouvellement d'une telle assurance a-t-il déjà été refusé par l'assureur? Oui Non
Si oui, veuillez fournir des détails.

Avez-vous fait l'objet d'une réclamation, d'une poursuite ou d'une plainte en matière de responsabilité professionnelle au cours des cinq dernières années, ou une telle réclamation est-elle en instance contre vous au Canada ou ailleurs dans le monde? 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 demande d'indemnisation au titre de la présente police? Oui Non
Si oui, veuillez fournir des détails.

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 la couverture doit être souscrite par une seule personne au nom des propriétaires de l'entreprise, des employés et/ou de l'entité commerciale.

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 la couverture:

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

Souhaitez-vous souscrire l'assurance responsabilité professionnelle pour cliniques? Oui Non
 Si oui, veuillez remplir les champs 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 la répartition selon les catégories ci-dessous. Les taux indiqués sont les primes annuelles pour chaque professionnel.

Disciplines exclues: Médecin

Discipline	Tarifs par professionnel	Nombre de professionnels	Prime totale
Physiothérapeute	250 \$		
Physiothérapeute à temps partiel (maximum de 800 h par an)	150 \$		
Acupuncteur	723 \$		
Thérapeute du sport	286 \$		
Audiologistes / orthophonistes	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 \$		
Ostéopathe manuel	413 \$		
Massothérapeute	222 \$		
Esthétique médicale	450 \$		
Entraîneur de pleine conscience	206 \$		
Naturopathe	461 \$		
Médecin naturopathe	546 \$		
Nutritionniste	267 \$		
Ergothérapeute	83 \$		
Orthésiste	222 \$		
Podo-orthésiste	222 \$		
Entraîneur personnel	127 \$		
Physiatre	420 \$		
Médecin (temps partiel)	500 \$		
Médecin, Gynécologue	1 500 \$		
Médecin, Médecine sportive (Temps plein)	1 000 \$		
Podologue (hors chirurgie)	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 \$		
Technologues spécialisés en échographie/techniciens en radiologie	83 \$		
Instructeurs de Pilates/yoga	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 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.

Il est entendu et convenu que j'autorise/nous autorisons (BMS) à faire en sorte que la proposition d'assurance, les communications et tous les documents relatifs à la police (immédiats et futurs) soient rédigés en anglais, avec notre consentement exprès. Cette autorisation n'affecte pas les conditions générales énoncées dans la police ou les polices.

Signé par:

Signé par:

Date:

Date:

Divulgence des frais

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