

MEMBRES DE L'ASSOCIATION NÉO-BRUNSWICKOISE DE MASSOTHÉRAPEUTES INC.
ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ CIVILE GÉNÉRALE DES ENTREPRISES ET RESPONSABILITÉ
PROFESSIONNELLE
FORMULAIRE DE PROPOSITION

NOTE POUR TOUS LES PROPOSANTS:

- *Pour souscrire l'assurance dans le cadre du programme RP de l'ANBMT, vous devez être un membre pratiquant ou un membre à vie de l'ANBMT et dûment autorisé et en règle avec l'organisme de réglementation provincial;*
 - *Cette police a été conçue afin de vous procurer une couverture comme praticien en tant que **personne physique**;*
 - ***Aucune couverture ne s'applique aux employés, entrepreneurs, associés, ni en ce qui concerne l'exploitation d'un bureau ou d'une clinique de massothérapie.***
-

Veuillez répondre entièrement à toutes les questions. Si vous n'avez pas de réponse à donner, inscrivez « aucun » ou « sans objet » dans l'espace prévu. Si l'espace prévu est insuffisant pour donner une réponse complète, veuillez utiliser et joindre un feuillet distinct.

1. (a) Nom du proposant: _____
(b) Adresse postale: _____
(c) Adresse courriel: _____
(d) Téléphone: _____ (e) Télécopieur: _____
2. (a) Êtes-vous membre en règle du Collège des massothérapeutes du Nouveau-Brunswick? Oui Non
(b) Êtes-vous membre en règle de l'ANBMT? Oui Non
3. (a) Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent à votre situation:
 Je suis un employé/ entrepreneur indépendant/ sous-traitant
 Je loue ou sous-loue un espace commercial dans l'entreprise ou la clinique de massothérapie d'un tiers
Confirmez la superficie: _____ pieds carrés
Confirmez l'adresse complète de cet emplacement : _____

Si vous êtes propriétaire ou exploitant d'une entreprise ou d'une clinique de massothérapie, ou si vous employez du personnel, aucune couverture ne s'applique aux termes de ce programme. Vous devez contacter BFL Canada afin de souscrire une assurance distincte pour votre entreprise.

- (b) Avez-vous besoin d'une couverture supplémentaire pour des services offerts à une équipe de sport? Oui Non
Si vous avez répondu « oui », veuillez contacter BFL Canada.
4. Vente de produits: La vente de produits jusqu'à un maximum de 25 000 \$ est permise aux termes de ce programme, mais seulement si:
 - Les produits vendus sont directement liés aux modalités que vous pratiquez; et
 - Les produits ne sont pas fabriqués par vous; et
 - Les produits n'ont pas été altérés, modifiés ou réétiquetés; et
 - Les produits sont vendus seulement à vos clients actuels.(a) Vos ventes annuelles de produits dépassent-elles 25 000 \$? Oui Non
Si vous avez répondu « oui » – veuillez noter qu'aucune couverture ne s'applique si la vente de produits excède 25 000 \$ annuellement.
(b) Fabriquez-vous des produits? Oui Non
Si vous avez répondu « oui » – veuillez noter qu'aucune couverture ne s'applique en ce qui concerne la fabrication de produits et/ou la vente de produits fabriqués par vous.

Options de Limites de garantie et primes:

5. Veuillez choisir la couverture désirée:

Type de couverture	Limites de garantie	Franchises	Prime annuelle
Assurance de responsabilité civile générale des entreprises (RCGE) et responsabilité professionnelle (RP)	3 000 000 \$ chaque réclamation / 5 000 000 \$ limite globale	250 \$ RCGE 0 \$ RP	90,00 \$
Assurance des biens des entreprises - Garantie applicable uniquement à l' adresse postale indiquée à la Question 1 ci-dessus	3 000 \$ Limite de garantie	500 \$	Inclus
Couverture pour modalité Acupuncture ~ 150,00 \$ (veuillez joindre une copie de votre inscription):			\$
Montant total payable: *			\$ *
* À l'exception de toute prime payable pour des modalités additionnelles			

6. Avez-vous obtenu un diplôme d'une école de massothérapie reconnue au cours de la dernière année?

Oui Non

Si vous avez répondu « oui », veuillez confirmer:

Date d'obtention: _____

Nom de l'école: _____

Couverture pour des modalités additionnelles:

7. Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent à votre situation. Certaines des modalités ci-dessous peuvent entraîner une prime supplémentaire. À noter que vous devez fournir, sur demande, la preuve d'une formation à jour et/ou une accréditation relative aux modalités que vous pratiquez :

Choix	Modalités additionnelles
<input type="checkbox"/>	Thérapie aqua-lymphatique
<input type="checkbox"/>	Acupression par neurostimulation Dolphin
<input type="checkbox"/>	Soins esthétiques (y compris manucure, pédicure, épilation au sucre, épilation à la cire) **
<input type="checkbox"/>	Thérapie Bowen
<input type="checkbox"/>	Thérapie relative aux commotions cérébrales **
	➤ <i>Le proposant doit avoir complété avec succès le cours de l'ANBMT sur la thérapie relative aux commotions cérébrales</i>
<input type="checkbox"/>	Instructeur de conditionnement physique **
<input type="checkbox"/>	Gua Sha
<input type="checkbox"/>	Coquillages chauds
<input type="checkbox"/>	Décompression myofasciale avec ventouses
<input type="checkbox"/>	Conseils en nutrition (à l' exception des diététiciens ou nutritionnistes accrédités)
<input type="checkbox"/>	Techniques manuelles ostéopathiques **
<input type="checkbox"/>	Entraînement personnel **
<input type="checkbox"/>	Pilates **
<input type="checkbox"/>	Thérapie par ondes de choc radiales
<input type="checkbox"/>	Réflexologie (y compris réflexologie des pieds)
<input type="checkbox"/>	Thérapie par ondes de choc **

<input type="checkbox"/>	Massage sportif <i>limité</i> au champ de pratique d'un massothérapeute autorisé
<input type="checkbox"/>	Massothérapeute sportif autorisé/ massothérapeute athlétique autorisé
<input type="checkbox"/>	Roulement du corps Yamuna
<input type="checkbox"/>	Instructeur de yoga – Classes de groupe (formation reconnue minimale requise de 200 heures) **
<input type="checkbox"/>	Yoga – pour clients individuels seulement (formation reconnue minimale requise de 200 heures) **
<input type="checkbox"/>	Autres modalités:
** Les modalités ci-dessus ne doivent pas représenter plus de 30% de la pratique globale de l'assuré	

Assurance antérieure et activités passées

8. (a) Une assurance responsabilité professionnelle a-t-elle déjà été refusée, non-renouvelée ou résiliée pour le proposant? Oui Non
Si vous avez répondu « oui », veuillez expliquer: _____
- (b) Est-ce que le proposant ou des employés de celui-ci ont déjà fait l'objet d'une enquête ou été suspendus par un organisme de réglementation régissant leur profession? Oui Non
Si vous avez répondu « oui », veuillez expliquer: _____
- (c) Au cours des cinq dernières années, est-ce que le proposant a déjà présenté une réclamation découlant de la prestation des services professionnels visés par la présente proposition d'assurance? Oui Non
Si vous avez répondu « oui », veuillez fournir les détails sur un feuillet distinct:
- (a) Date de la réclamation (b) Nom du réclamant (c) Nature de la réclamation
(d) Statut de la réclamation (e) Montant des dommages-intérêts et frais de défense engagés par le proposant ou pour son compte à cet égard

PAR LES PRÉSENTES, LE PROPOSANT GARANTIT L'ASSUREUR À L'ÉGARD DE CE QUI SUIT :

9. Est-ce que le proposant, tout employé du proposant ou toute autre personne proposée aux fins de l'assurance visée aux présentes a connaissance de faits, circonstances ou situations pouvant raisonnablement entraîner une réclamation qui serait couverte par l'assurance proposée, ou a des renseignements à cet égard ? Oui Non
Si vous avez répondu « oui », veuillez fournir des détails : _____

Il est entendu et convenu que si la connaissance de tels faits, circonstances ou situations existe, peu importe que cette connaissance ait été divulguée ou non, toute réclamation ou poursuite qui en découle ultérieurement ne sera pas couverte par une police émise par la Compagnie d'Assurance Trisura Garantie.

FAUSSE INFORMATION

Toute personne qui, sciemment et dans l'intention de frauder une société d'assurance ou une autre personne, dépose une proposition d'assurance renfermant de fausses informations ou dissimulant de l'information sur un fait important à cet égard dans le but de tromper une société d'assurance ou une autre personne, commet un acte frauduleux aux fins d'assurance qui correspond à un acte criminel.

DÉCLARATIONS ET SIGNATURE

Le représentant autorisé soussigné du proposant :

- (i) déclare, après enquête, que les énoncés et déclarations figurant dans la présente proposition ainsi que tout document soumis ou demandé par l'assureur dans le cadre de cette proposition sont véridiques ;
(ii) reconnaît que l'assureur s'est fié à ces énoncés, déclarations et documents et que ceux-ci sont réputés influencer de façon importante l'acceptation du risque assumé par l'assureur aux termes de l'assurance demandée, pour autant que cette assurance soit mise à effet ;

- (iii) convient que si les renseignements fournis dans le cadre de la présente proposition changent entre la date de la présente proposition et la date de mise à effet d'une assurance visée par cette proposition, le soussigné en avisera immédiatement l'assureur, et l'assureur pourra retirer ou modifier les indications, les cotations courantes et/ou l'autorisation ou l'accord relatifs à la mise à effet de l'assurance; et
- (iv) reconnaît que tous les renseignements personnels fournis en rapport avec l'assurance demandée, y compris les renseignements figurant dans la présente proposition, ont été recueillis conformément à la législation sur la protection des renseignements personnels applicable. Le soussigné confirme que tous les consentements nécessaires ont été obtenus relativement à la collecte, à l'utilisation et à la communication de ces renseignements aux fins de toute enquête dans le cadre de la présente proposition d'assurance et, le cas échéant, pour mener des enquêtes et conclure des règlements relatifs à des réclamations, détecter et prévenir des fraudes, et agir selon ce que la loi exige ou permet.

LA MISE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE EST CONDITIONNELLE À CE QUI SUIT:

- **LA PRÉSENTE PROPOSITION A ÉTÉ ENTIÈREMENT REMPLIE, ET DÛMENT SIGNÉE ET DATÉE**
- **LA MODALITÉ DE PAIEMENT A ÉTÉ CHOISIE – VOIR CI-DESSOUS**

Nom du proposant:	Date:
-------------------	-------

Signature

Options de paiement:

- Chèque ou mandat bancaire** – payable à: **BFL CANADA Services de risques et assurances inc.**
- Carte de crédit** - à noter que des frais d'accès au système non-remboursables de 2,5% s'appliquent; Un lien vous permettant d'effectuer le paiement vous sera fourni.
- Opérations bancaires en ligne** – Les clients de BFL CANADA peuvent acquitter leurs factures en ligne chez la plupart des grandes institutions financières canadiennes (énumérées ci-dessous). Vous n'aurez qu'à entrer votre code client afin d'effectuer le paiement (un code client vous sera fourni).



VEUILLEZ CHOSIR LA MODALITÉ DE PAIEMENT QUE VOUS DÉSIREZ UTILISER.

Télécharger le présent formulaire de proposition en format PDF et faites-le parvenir à [BFL Canada](#):

**Kendall Wooding
BFL CANADA
T. 1-416-644-3521
E. anbmtinsurance@bflcanada.ca**