

Preuve d'inscription au college doit être fournie à Échographie Canada dans les 90 jours suivant la date de demande.

| RENSEIGNEMENT PERSONNELS | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------|
| Nom: | Téléphone: | |
| Courriel: | Échographie Canada #: | |
| Adresse postale: | | |
| Ville: | Province: | Code Postal: |

| EMPLOYEUR | | |
|-------------------|------------|--------------|
| Nom d'entreprise: | Téléphone: | |
| Courriel: | Extension: | |
| Adresse postale: | | |
| Ville: | Province: | Code Postal: |

| ADHÉSION ET FRAIS D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ (taxes incluses.) Valable de 1 mai 2019 à 30 avril 2020. Choisir la case appropriée: Seul ou adhésion avec ARP | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | Résident ON | Résident AB | Résident QC |
| Frais d'adhésion \$87.50.00 avant les taxes | | | |
| Frais d'adhésion (seulement) y compris les taxes | \$197.75 <input type="checkbox"/> | \$183.75 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> \$183.75 |
| Frais d'ARP 5 Million \$40.00 avant les taxes (optionnel) | | | |
| Frais d'ARP y compris les taxes | \$86.40 | \$80.00 | \$87.20 |
| Frais d'adhésion + ARP y | \$284.15 <input type="checkbox"/> | \$263.75 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> \$270.95 |
| Taxes applicable pour frais d'adhésion | | | |
| | ONT 13% TVH | AB & QC 5% TPS | |
| Taxes applicable pour frais ARP | | | |
| | ONT 8% TVQ | QC, 9% TVQ | |

Je reconnais qu'en tant de souscripteur au programme d'assurance responsabilité professionnels (ARP) d'Échographie Canada je vais recevoir des mises à jour périodiques concernant le programme.

S'il vous plaît faire parvenir votre application à l'adresse indiquée ci-dessous:

Bbresee@sonographycanada.ca

Boîte Postale 1220, Kemptville, ON K0G 1J0

Téléphone sans frais: 1-888-273-6746 Télécopieur sans frais: 1-888-743-2952

info@sonographycanada.ca www.sonographycanada.ca

ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

Nom du proposant:

Adresse :

Ville:

Prov:

Code Postal:

Téléphone:

Courriel:

Employeur :

Adresse :

Ville:

Prov:

Code Postal:

1. Pour être admissible à cette assurance, vous devez être membre d'Échographie Canada.

Numéro de membre:

2. Offrez-vous des services professionnels autres que les services d'échographie (tel que les services de technologues en radiation médicale) ? Si oui, veuillez joindre des détails et avisez si que ses services sont occasionnels. Oui Non

3. Le proposant offre-t-il des services ou accomplit-il des activités à l'extérieur du Canada? Si oui, veuillez joindre des détails. Oui Non

4. Vous a-t-on déjà refusé une proposition d'assurance responsabilité professionnelle? Si oui, veuillez joindre des détails. Oui Non

5. Avez-vous déjà subi une perte de responsabilité professionnelle ou est-ce qu'une réclamation de la sorte fut déposée contre vous dans les dernier 5 ans? Si oui, veuillez joindre des détails Oui Non

6. Êtes-vous conscient de négligence, d'erreur, d'omission ou d'un manque d'obligation qui pourrait donner lieu à une réclamation contre vous? Si oui, veuillez joindre des détails. Oui Non

Limite d'assurance

Responsabilité professionnelle

Prime Annuelle

5 000 000\$ par réclamation / 5 000 000\$ par année

80 \$

Déclarations et garantie

Je déclare qu'au cours des cinq (5) dernières années, aucun assureur n'a annulé, décliné ou refuse d'établir toute assurance responsabilité à mon nom et que cette proposition fait état des tous les risques connus au moment de la soumission de cette propositions.

Je déclare également que les présentes déclarations sont entièrement vraies et correctes et ainsi, demande de souscrire un contrat d'assurance fondé sur ces déclarations.

Si vous n'êtes pas certains de la couverture que vous avez besoin, contactez BMS. Un courtier autorisé sera disponible pour répondre à vos questions.

Signé par:

Poste:

Date:

Note : La signature de cette proposition n'engage pas le proposant ni la compagnie d'inclure l'assurance, mais il est entendu que si un contrat d'assurance est émis, il sera fondé sur cette proposition. La prime d'assurance est entièrement acquise et non remboursable.

Échographie Canada

PO Box 1220 Kemptville, ON K0G 1J0

Sans Frais: 1-888-273-6746

Télécopieur: 1-888-743-2952

Courriel: info@sonographycanada.ca Site web: www.sonographycanada.ca

Veillez envoyer votre demande d'assurance complétée à l'adresse suivante: Bbresee@sonographycanada.ca

Sans Frais: 1-888-273-6746 Télécopieur: 1-888-743-2952 info@sonographycanada.ca www.sonographycanada.ca