

ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE POUR LES MEMBRES ACTIFS NON-ACCRÉDITÉS

Nom du proposant:

Adresse :

Ville:

Prov:

Code Postal:

Téléphone:

Courriel:

Employeur :

Adresse :

Ville:

Prov:

Code Postal:

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

Numéro de membre:

2. Avez-vous complété vos heures de formation pour cette période? Oui Non

2. Cette police inclus une garanti pour les échographes qui offrent aussi des services professionnels comme technologues en radiation médicale, mais seulement si ces services sont occasionnels et ont été divulgué en avance. 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 ces 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 Oui Non

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

la sorte fut déposée contre vous dans les 5 dernières années?
Si oui, veuillez joindre des détails.

-
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? Oui Non
Si oui, veuillez joindre des détails.
-

Limite d'assurance

Responsabilité professionnelle	Prime Annuelle
5 000 000\$ par réclamation / 5 000 000\$ par année	140 \$

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: dneubauer@sonographycanada.ca

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