

| COORDONNÉES       |                          |               |
|-------------------|--------------------------|---------------|
| Nom :             | Téléphone :              |               |
| Courriel :        | # d'Échographie Canada : |               |
| Adresse postale : |                          |               |
| Ville :           | Province :               | Code postal : |

| EMPLOYEUR             |             |               |
|-----------------------|-------------|---------------|
| Nom de l'entreprise : | Téléphone : |               |
| Courriel :            | Extension : |               |
| Adresse postale :     |             |               |
| Ville :               | Province :  | Code postal : |

| FRAIS D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE (Valide du 1 mai 2022 au 30 avril 2023) |                                                                                     |    |             |           |      |          |                |       |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------|-----------|------|----------|----------------|-------|-------|
|                                                                                          | Ont.                                                                                | Qc | N.-B./N.-É. | T.-N. -L. | Man. | Î.-P.-É. | Alb./Yn/T.N.-O | Sask. | C.-B. |
|                                                                                          | Frais d'ARP pour une couverture de 5 million de dollars = 147,00 \$ avant les taxes |    |             |           |      |          |                |       |       |

| MODALITÉ DE PAIEMENT                                              |                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> VISA | Montant :                                                                 |
| Numéro de carte de crédit :                                       | Date d'expiration :      Numéro CCV :<br>_____ / _____<br>Mois      Année |
| Nom tel qu'il apparaît sur la carte : (imprimez svp)              | Signature du titulaire :                                                  |

☐ Je reconnais qu'en tant que titulaire d'une police d'assurance responsabilité professionnelle (ARP) d'Échographie Canada, je vais recevoir des mises à jour périodiques concernant le programme.

**Veuillez s'il vous plaît faire parvenir votre formulaire de demande à l'adresse ci-dessous :**

[info@sonographycanada.ca](mailto:info@sonographycanada.ca)    [www.sonographycanada.ca](http://www.sonographycanada.ca)

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

® une marque déposée de Sonography Canada / Échographie Canada    mars 2022



## ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE POUR LES MEMBRES PRATICIENS NON-ACCRÉDITÉS

Nom du proposant:

Adresse :

Ville:

Prov/Terr.:

Code Postal:

Téléphone:

Courriel:

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

3. 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

4. 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

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

☐ Oui ☐ Non

6. Avez-vous déjà subi une perte de responsabilité professionnelle ou est-ce qu'une réclamation de la sorte fut déposée contre vous dans les 5 dernières années?  
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? ☐ 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 | 147 \$         |

---

## 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.

Signé par:

Poste:

Date:

La signature de cette proposition n'oblige pas le proposant ni la compagnie d'assurance à souscrire à l'assurance, mais il est convenu que ce formulaire d'adhésion constitue la base du contrat d'assurance si une police est émise. Si vous n'êtes pas sûr de vos exigences en matière de couverture, veuillez contacter BMS. Un courtier d'assurance agréé sera disponible pour répondre à vos questions pendant les heures normales de bureau. Vous pouvez contacter BMS au 1-844-583-7748 ou [sonography.insurance@bmsgroup.com](mailto:sonography.insurance@bmsgroup.com).

La prime d'assurance est intégralement conservée et non remboursable.

### Échographie Canada

201-1150 Morrison Drive  
Ottawa ON K2H 8S9  
Sans Frais: 1-888-273-6746  
Télécopieur: 1-888-743-2952

Courriel: [info@sonographycanada.ca](mailto:info@sonographycanada.ca)

Site web: [www.sonographycanada.ca](http://www.sonographycanada.ca)

**Veuillez envoyer votre demande d'assurance complétée à l'adresse suivante: [info@sonographycanada.ca](mailto:info@sonographycanada.ca)**

Sans Frais: 1-888-273-6746    Télécopieur: 1-888-743-2952    [info@sonographycanada.ca](mailto:info@sonographycanada.ca)    [www.sonographycanada.ca](http://www.sonographycanada.ca)