



S'unir
c'est pouvoir



Le programme d'assurance responsabilité en cas d'erreurs et d'omissions et responsabilité civile

pour les membres de l'Association des Massothérapeutes du Québec

Période d'assurance : 1 an commençant le 1^{er} octobre de chaque année

Assureur : Intact Assurance

Protections :

Activités professionnelles assurées :

Tous les services, y compris les opinions et les conseils entrant dans le cadre des activités professionnelles d'un massothérapeute exercées conformément aux lois et règlements les régissant.

Nature et étendue de la garantie :

L'assureur convient de payer, au nom de l'assuré, toutes les sommes que ce dernier est légalement tenu de payer suite à une réclamation. La réclamation doit être déclarée à l'assureur pendant que le contrat est en vigueur.

Responsabilité civile :

Nous garantissons les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile pouvant incomber à l'assuré en raison de dommages corporels, ou de dommages matériels découlant de ses activités. La réclamation doit être déclarée à l'assureur pendant que le contrat est en vigueur.



S'unir
c'est pouvoir



Couvertures :

Responsabilité professionnelle et civile découlant de la massothérapie

Protections :

Limite de garantie par réclamation présentée : \$ 2,000,000

Limite de garantie par période d'assurance : \$ 2,000,000

Franchise : Aucune pour la responsabilité professionnelle

Franchise : \$ 500 pour la responsabilité civile en dommages matériels

Les couvertures sont assujetties aux conditions, limitations et exclusions du contrat émis par l'assureur.

Paiement :

Votre chèque doit être fait au nom de Courtiers d'Assurance Unis inc. Il est aussi possible de payer par virement Interac : linda.lachance@courtiersunis.com



S'unir
c'est pouvoir



**Programme de l'Association des Massothérapeutes du Québec
Période commençant le 1^{er} octobre 2020 au le 1^{er} octobre 2021**

Prime incluant la taxe de 9% et les frais d'administration de \$ 15.00

	2M\$ par réclamation 2MS par année d'assurance
Responsabilité professionnelle et civile	
1 ^{er} octobre 2020 au 1 ^{er} octobre 2021	\$ 258.07
1 ^{er} novembre 2020 au 1 ^{er} octobre 2021	\$ 238.45
1 ^{er} décembre 2020 au 1 ^{er} octobre 2021	\$ 218.83
1 ^{er} janvier 2021 au 1 ^{er} octobre 2021	\$ 199.21
1 ^{er} février 2021 au 1 ^{er} octobre 2021	\$ 179.59
1 ^{er} mars 2021 au 1 ^{er} octobre 2021	\$ 159.97
1 ^{er} avril 2021 au 1 ^{er} octobre 2021	\$ 140.35
1 ^{er} mai 2021 au 1 ^{er} octobre 2021	\$ 120.73
1 ^{er} juin 2021 au 1 ^{er} octobre 2021	\$ 11er .11
1 ^{er} juillet 2021 au 1 ^{er} octobre 2021	\$ 81.49
1 ^{er} août 2021 au 1 ^{er} octobre 2021	\$ 61.87
1 ^{er} septembre 2021 au 1 ^{er} octobre 2021	\$ 42.25

Responsable du programme
Tel : 418-660-5544 poste 3103
Courriel : zoheir.chirani@courtiersunis.com

Membres de L'Association des massothérapeutes du Québec

COURTIER D'ASSURANCE : Courtiers d'Assurance Unis inc.
815 boul. Lebourgneuf, bur. 208
Québec (Québec) G2J 0C1
Téléphone : (418) 660-5544

Services Professionnels assurés : Massothérapie

1. **PROPOSANT :** Numéro de Membre _____

1.1 Nom : _____

1.2 Adresse : _____ Code postal : _____

Téléphone : () _____ - _____ Télécopieur : () _____ - _____

Courriel : _____

2. **RÉCLAMATIONS :**

Au cours des cinq (5) dernières années, est-ce que le proposant :

- a été l'objet d'une ou plusieurs réclamations* à la suite de services professionnels ? **OUI () NON ()**
- a donné un avis de possibilité de réclamation à un assureur à la suite de services professionnels ? **OUI () NON ()**
- est au courant de faits ou circonstances pouvant éventuellement donner lieu à une réclamation à la suite de services professionnels ? **OUI () NON ()**

* Pour les fins de la présente proposition, on entend par le mot "réclamation(s)" :

- a) toute demande, verbale ou écrite, de réparation pécuniaire ;
- b) toute allégation, verbale ou écrite ;
- c) tout fait ou circonstance pouvant raisonnablement donner lieu à une demande de réparation pécuniaire.

Pour toute réponse affirmative à la question 2, veuillez annexer les détails sur une feuille séparée.

3. **MONTANTS DE GARANTIE** (sujet à l'approbation de l'Assureur) :

2 000 000 \$ par sinistre / 2 000 000 \$ par période d'ass.

4. **DIVULGATION, AUTORISATION ET SIGNATURE**

Le proposant affirme que les déclarations ci-dessus sont exactes, complètes et conformes à la vérité. S'il y a contrat d'assurance, ces déclarations en constitueront la base et la proposition en fera alors partie intégrante.
Le proposant autorise également l'Assureur, ses filiales et ses mandataires à vérifier, obtenir et échanger tout renseignement personnel relatifs à ladite assurance. Ce consentement est valide pour toute prolongation et tout renouvellement de contrat auprès de l'Assureur ou ses filiales.

IMPORTANT : Ce type d'assurance ne couvre que les réclamations qui sont déclarées à l'Assureur pendant que le contrat est en vigueur sauf, bien entendu, celles qui se rapportent à des actes fautifs connus ou encore à des faits ou circonstances survenus dont vous avez eu connaissance et pouvant éventuellement donner lieu à une réclamation.

Veuillez consulter votre courtier d'assurance pour plus de précisions.

Il est entendu et convenu que le fait de compléter la présente proposition n'engage pas l'Assureur à fournir la garantie d'assurance, pas plus qu'il n'engage le proposant à souscrire ladite garantie d'assurance.

Signature du proposant _____ Date : _____

Membres de L'Association des massothérapeutes du Québec

COURTIER D'ASSURANCE : Courtiers d'Assurance Unis inc.
815 boul. Lebourgneuf, bur. 208
Québec (Québec) G2J 0C1
Téléphone : (418) 660-5544

Description des risques : Tous les lieux et biens vous appartenant, loués ou utilisés par vous, ainsi que toutes vos activités consistant principalement en : **Massothérapie seulement**

1. **PROPOSANT :** Numéro de Membre _____
1.1 Nom : _____
1.2 Adresse : _____ Code postal : _____
Téléphone : () _____ Télécopieur : () _____

2. **RÉCLAMATIONS :**
Au cours des cinq (5) dernières années, est-ce que le proposant :
- a fait l'objet de réclamations en matière de responsabilité civile ou a été en connaissance de faits ou de circonstances susceptibles d'entraîner une réclamation? **OUI () NON ()**
Si oui, précisez : _____

-s'est fait refuser ou résilier des assurances de même nature? **OUI () NON ()**

3. **DIVULGATION, AUTORISATION ET SIGNATURE**
Le proposant affirme que les déclarations ci-dessus sont exactes, complètes et conformes à la vérité. S'il y a contrat d'assurance, ces déclarations en constitueront la base et la proposition en fera alors partie intégrante.
Le proposant autorise également l'Assureur, ses filiales et ses mandataires à vérifier, obtenir et échanger tout renseignement personnel relatifs à ladite assurance. Ce consentement est valide pour toute prolongation et tout renouvellement de contrat auprès de l'Assureur ou ses filiales.

4. **MONTANTS DE GARANTIE** (sujet à l'approbation de l'Assureur) :
2 000 000 \$ par sinistre franchise \$ 500 en dommage matériel

IMPORTANT : Ce type d'assurance ne couvre que les réclamations qui sont déclarées à l'Assureur pendant que le contrat est en vigueur sauf, bien entendu, celles qui se rapportent à des actes fautifs connus ou encore à des faits ou circonstances survenus dont vous avez eu connaissance et pouvant éventuellement donner lieu à une réclamation.

Veillez consulter votre courtier d'assurance pour plus de précisions.

Il est entendu et convenu que le fait de compléter la présente proposition n'engage pas l'Assureur à fournir la garantie d'assurance, pas plus qu'il n'engage le proposant à souscrire ladite garantie d'assurance.

Signature du proposant _____ Date : _____