



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<sup>er</sup> 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](mailto:linda.lachance@courtiersunis.com)



S'unir  
c'est pouvoir



**Programme de l'Association des Massothérapeutes du Québec  
Période commençant le 1<sup>er</sup> octobre 2020 au le 1<sup>er</sup> octobre 2021**

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

	2M\$ par réclamation 2MS par année d'assurance
<b>Responsabilité professionnelle et civile</b>	
1 <sup>er</sup> octobre 2020 au 1 <sup>er</sup> octobre 2021	\$ 258.07
1 <sup>er</sup> novembre 2020 au 1 <sup>er</sup> octobre 2021	\$ 238.45
1 <sup>er</sup> décembre 2020 au 1 <sup>er</sup> octobre 2021	\$ 218.83
1 <sup>er</sup> janvier 2021 au 1 <sup>er</sup> octobre 2021	\$ 199.21
1 <sup>er</sup> février 2021 au 1 <sup>er</sup> octobre 2021	\$ 179.59
1 <sup>er</sup> mars 2021 au 1 <sup>er</sup> octobre 2021	\$ 159.97
1 <sup>er</sup> avril 2021 au 1 <sup>er</sup> octobre 2021	\$ 140.35
1 <sup>er</sup> mai 2021 au 1 <sup>er</sup> octobre 2021	\$ 120.73
1 <sup>er</sup> juin 2021 au 1 <sup>er</sup> octobre 2021	\$ 101.11
1 <sup>er</sup> juillet 2021 au 1 <sup>er</sup> octobre 2021	\$ 81.49
1 <sup>er</sup> août 2021 au 1 <sup>er</sup> octobre 2021	\$ 61.87
1 <sup>er</sup> septembre 2021 au 1 <sup>er</sup> octobre 2021	\$ 42.25

Veuillez compléter la proposition ci-dessous et l'envoyer à : [amq@courtiersunis.com](mailto:amq@courtiersunis.com)

**Pour nous joindre, communiquez avec**  
Caroline Bois au 418-660-5544 poste 2202




---

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 : \_\_\_\_\_