

# Proposition d'assurance :

## programme exclusif à l'Association



Nom du membre / Member's name: _____	Numéro du membre / Membership Number : _____
Adresse postale / Postal Address: _____	Numéro de client / Customer's number : _____
Nom de votre entreprise/Name of your Firm : _____	
Adresse professionnelle/Professional address Même que postale/same as postal <input type="checkbox"/> _____	
Spécialités / Specialities SVP cocher la case appropriée / Please check off the appropriate box	<input type="checkbox"/> Massothérapie / Orthothérapie / Kinésithérapie Massotherapy / Orthotherapy / Kinesitherapy  <input type="checkbox"/> Naturopathie / Naturopathy  <input type="checkbox"/> Ostéopathie / Osteopathy  <input type="checkbox"/> Autres/others : _____
Téléphone : _____	Cellulaire / cell : _____
Télécopieur / FAX : _____	Courriel / E-Mail : _____

**1) ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE, ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE GÉNÉRALE & FRAIS LÉGAUX RELATIFS À DES ACCUSATIONS DE NATURE PÉNALE  
PROFESSIONAL INDEMNITY AND COMPREHENSIVE GENERAL LIABILITY INSURANCE & INNOCENT ABUSE DEFENSE COVERAGE**

Est-ce que l'ensemble de vos revenus liés à votre pratique professionnelle excède 75 000\$  Oui / Yes  Non / No  
 Do your total receipts derived from professional services exceed \$75 000

Si vous détenez une police d'assurance « **Responsabilité professionnelle** », veuillez fournir les informations suivantes :  
 If you presently have « **Professional Indemnity** » Insurance, Please complete the following information :

Nom de l'assureur / Insurer : _____	Numéro de police / Policy Number : _____
Limite de garantie / Limit of Insurance : _____	Date d'expiration de votre contrat / Expiry date : _____

**2) OPTION - ASSURANCE DES BIENS / OPTIONAL PROPERTY INSURANCE**

**À compléter seulement si vous désirez la protection / To fill in only if you wish this protection**  Initiale / initials : \_\_\_\_\_

Informations générales sur le bâtiment (local) / General information on the building (premises)

Année de construction / Year of construction : _____	Revêtement extérieur du bâtiment / Exterior Walls : _____	Construction du toit / Roof construction : _____
Superficie totale du bâtiment / Total square footage of buiding : _____	Superficie de votre local / Total square footage of the premises : _____	# d'étages / # floors : _____
Système d'alarme/ Alarm System : _____	Présence d'une borne fontaine à moins de 250 pieds / Fire Hydrant no less than 250 feet away : _____	
Type de chauffage / Type of heating : _____	Distance du poste d'incendie (km) / Distance to Fire Hall : _____	

Est-ce que votre emplacement d'affaires est exposé à un risque avoisinant suivant : bar, salle de billard, arcade, prêteur sur gage, maison de chambre, discothèque ou locaux vacants / Is your business location exposed to any of the following risks nearby : bar, billiard / pool room, arcade, pawnbroker, bedroom house, nightclub or vacant premises:  Oui / Yes  Non / No

Noms et activités des autres occupants du bâtiment / Names and activities of the others tenants : \_\_\_\_\_

Créancier sur les biens assurés / Lien holders on Insured Property : \_\_\_\_\_

Nom / Name : \_\_\_\_\_ Adresse / Address : \_\_\_\_\_

# Proposition d'assurance :

## programme exclusif à l'Association



### 3) OPTION - ASSURANCE CONTRE LE DÉTOURNEMENT / OPTIONAL CRIME INSURANCE

Limite : 3 000 \$ par réclamation (moyennant une surprime de 27,25\$)  
Limit : \$3,000 per claim (with a surcharge of \$27.25)

Oui / Yes

Non / No

Cette garantie couvre le **détournement**, soit les pertes de biens, notamment l'argent et les valeurs, que l'Assuré peut subir directement du fait de tout acte malhonnête ayant ses employés pour auteurs ou complices, étant précisé que la garantie joue, par sinistre, à concurrence du montant stipulé.

*This warranty covers **employee dishonesty**, loss of money, securities and other property which the Insured shall sustain, to an amount not exceeding in the aggregate amount stated in the Declarations.*

Cette garantie couvre la perte ou la **détérioration** d'argent et de valeurs du fait de leur soustraction frauduleuse, destruction ou disparition **sur les lieux** assurés ou à l'intérieur de locaux bancaires ou d'autres endroits de dépôt dûment assimilables à ces derniers.

*This warranty covers **loss inside the Premises**, loss of money and securities embezzlement, disappearance or wrongful abstraction thereof within the premises or within any banking premises or similar recognized places of safe deposit.*

Cette garantie couvre la perte ou la **détérioration** d'argent et de valeurs survenant **hors des lieux** assurés du fait de leur soustraction frauduleuse, destructions ou disparition en cours de transport par un porteur ou par une entreprise de transport utilisant des véhicules automobiles blindés.

*This warranty covers **loss outside the Premises**, loss of money and securities embezzlement, disappearance or wrongful abstraction thereof outside the premises while being conveyed by a messenger or any armored motor vehicle company.*

Cette garantie couvre la **contrefaçon de mandats ou de billets de banque**, par l'acceptation de bonne foi, contre un service de faux billets de banque canadiens ou américains.

*This warranty covers **money orders and counterfeit paper currency**, loss due to the acceptance in good faith, in exchange or services of counterfeit Canadian or United States paper currency.*

Cette garantie couvre la **contrefaçon préjudiciable aux déposants**, soit les pertes subies par l'Assuré du fait de la contrefaçon de toute promesse de paiement fait par l'Assuré par des chèques ou traites au nom de l'Assuré.

*This warranty covers **depositors forgery**, loss which the Insured carries a checking or saving account shall sustain through forgery or alteration of direction to pay a sum by one acting as the agent of the Insured.*

### 4) RÉCLAMATIONS POUR LES SECTIONS 1,2 ET 3 / CLAIMS UNDER SECTIONS 1,2 AND 3

Avez-vous eu des réclamations au cours des 5 dernières années pour l'ensemble des protections proposées?  
Have you had any claims in the last 5 years under any of the proposed cover?

Oui / Yes

Non / No

Si oui, veuillez préciser /  
If Yes, please explain :

\_\_\_\_\_ (Veuillez annexer toutes les informations supplémentaires / Please attach any additional information.)

Est-ce qu'un assureur a déjà résilié votre assurance ou refusé de la renouveler? /  
Has an insurer ever canceled or refused to renew any of your Insurance policies?

Oui / Yes

Non / No

### 5) ACTIVITÉS ANTÉRIEURES / PAST ACTIVITIES

Avez-vous déjà fait l'objet de sanctions disciplinaires de la part de votre association ou d'un autre organisme professionnel? Have you ever been disciplined by your association or another professional organization?

Oui / Yes

Non / No

Si oui, veuillez préciser /  
If Yes, please explain :

\_\_\_\_\_ (Veuillez annexer toutes les informations supplémentaires / Please attach any additional information.)

Êtes-vous au courant de faits ou de circonstances pouvant éventuellement donner lieu à une réclamation à la suite de services professionnels? / Are you aware of any facts or circumstances which could give rise to a claim with respect of professional services?

Oui / Yes

Non / No

Si oui, veuillez préciser /  
If Yes, please explain :

\_\_\_\_\_ (Veuillez annexer toutes les informations supplémentaires / Please attach any additional information.)

\_\_\_\_\_  
Signature du proposant (assuré) / Signature of Applicant (Insured)

\_\_\_\_\_  
Date

Nous effectuons régulièrement des négociations avec de nombreux assureurs que nous représentons, dont l'assureur Intact avec qui nous entretenons des liens financiers.

Veuillez remplir ce formulaire et nous le retourner par la poste avec votre paiement, à l'ordre de LEXOR.

**Par la poste** 7777, boul. Louis-H. Lafontaine, suite 101, Anjou (Québec) H1K 4E4. **Pour toutes questions** : 1 888 353-4119  
info.lexor@essor.ca

Page 2 sur 4

# Proposition d'assurance :

## programme exclusif à l'Association

### CONTRAT COURTIER CLIENT

Sujet aux conditions qui suivent, je vous confie le mandat d'agir comme mon courtier et requiers vos services comme conseiller professionnel en matière d'assurance.

- 1. MISSION :** Vous devez, d'une part, identifier et évaluer mes besoins en assurance selon les informations que je vous communique et, d'autre part, souscrire l'assurance conformément à mes instructions portant sur le montant d'assurance et la nature des garanties.
- 2. RENOUELEMENT :** Vous devez, sans autre instruction additionnelle, renouveler les assurances souscrites par votre entremise lorsqu'elles échoient.
- 3. AGGRAVATION DES RISQUES ASSURÉS :** Pendant que l'assurance est en vigueur et préalablement à tout renouvellement de police, je dois vous informer de tout changement dans la nature et l'emploi des biens assurés ou de toute modification de mes activités comme assuré de nature à influencer de façon importante un assureur dans l'établissement de la prime, l'appréciation du risque ou la décision de l'accepter.
- 4. CONDITIONS FINANCIÈRES**
  - 4.1 PAIEMENT DES PRIMES :** Les primes exigibles pour chaque police, avenant ou renouvellement, incluant les taxes sur celles-ci de même que les honoraires, le cas échéant, sont payables sur demande.
  - 4.2 DÉFAUT DE PAIEMENT :** Si je fais défaut de payer à échéance toute somme due pour le paiement des primes, le remboursement des avances et/ou la rémunération et autres frais, vous êtes alors autorisé à aviser l'assureur que la police, l'avenant ou le certificat de renouvellement est non requis ou, lorsque l'assurance est entrée en vigueur, à demander en mon nom la résiliation de la police, avenant ou renouvellement; la demande de résiliation faite en mon nom pourra porter sur une ou plusieurs polices dans la mesure où cela est requis pour que le remboursement de primes non acquises défraie la somme totale pouvant alors vous être due; un avis préalable d'au moins sept (7) jours devra m'être adressé avant que vous demandiez à l'assureur la résiliation de la police ou avant que vous ne l'avisiez que la police, l'avenant ou le certificat de renouvellement n'est pas requis. Si un créancier est nommé bénéficiaire de la police, tel avis lui sera expédié dans le délai prévu par la loi ou par la police.
  - 4.3 EXPÉDITION DES AVIS :** L'avis préalable requis en vertu de la clause 4.2 doit être par écrit et est présumé avoir été suffisamment et valablement donné s'il est livré de main à main. Cet avis peut être également expédié par la poste ou par service de courrier et tel avis est réputé reçu le septième (7<sup>e</sup>) jour ouvrable suivant la mise à la poste ou sa remise au service de courrier. L'avis peut être donné par télécopieur et, en ce cas, il est réputé reçu à la date indiquée au relevé de confirmation de réception par télécopieur. L'avis peut être donné par courriel.
- 5. FIN DU CONTRAT :** Vous pouvez mettre fin au présent contrat en m'adressant un avis écrit comportant renonciation au mandat, auquel cas le contrat prend fin à la date de réception de tel avis. Pour ma part, je peux également mettre fin au contrat en vous adressant un avis écrit de révocation du mandat par la poste ou par service de courrier, auquel cas le contrat prend fin au moment de votre réception de l'avis, constatée par une preuve de réception. La clause 4 continuera d'avoir effet jusqu'à remboursement des sommes dues au courtier.

Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom du client

\_\_\_\_\_  
Signature du client



\_\_\_\_\_  
Signature du courtier

# Proposition d'assurance :

programme exclusif à l'Association

## 1) ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE ET CIVILE GÉNÉRALE ET REMBOURSEMENT DES FRAIS LÉGAUX RELATIFS À DES ACCUSATIONS DE NATURE PÉNALE / PROFESSIONAL INDEMNITY AND COMPREHENSIVE GENERAL LIABILITY INSURANCE ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROTECTION OBLIGATOIRE / THIS COVERAGE IS NOT OPTIONAL

Spécialités / Specialities	Limite d'assurance / Limit of Insurance	Coût / Cost (incluant prime, frais et taxes / including premium, fees & tax)	SVP cocher la case appropriée / Please check off the appropriate box
Massothérapie / Orthothérapie / Kinésithérapie / Naturopathie Massotherapy / Orthotherapy / Kinesitherapy / Naturopathy	1 000 000 \$	135,80 \$	
Massothérapie / Orthothérapie / Kinésithérapie / Naturopathie Massotherapy / Orthotherapy / Kinesitherapy / Naturopathy	2 000 000 \$	152,15 \$	
Ostéopathie / Osteopathy	1 000 000 \$	Finissant : 259,35 \$	
		En 5 <sup>e</sup> année : 218,83 \$	
		En 4 <sup>e</sup> année : 190,49 \$	
Ostéopathie / Osteopathy	2 000 000 \$	Finissant : 304,04 \$	
		En 5 <sup>e</sup> année : 259,16 \$	
		En 4 <sup>e</sup> année : 226,46 \$	

Dans le cas où vous pratiquez plus d'une spécialité, la prime la plus élevée s'applique / If you are practicing more than one specialitie, the higher premium shall prevail.

## 2) ASSURANCE DES BIENS / PROPERTY INSURANCE

Spécialités / Specialities	Limite d'assurance / Limit of Insurance	Coût / Cost (incluant prime, frais et taxes / including premium, fees & tax)	SVP cocher la case appropriée / Please check off the appropriate box
Prime fixe pour toute les spécialités / Flat premium for all specialities	15 000 \$	141,25 \$	

## 3) ASSURANCE CONTRE LE DÉTOURNEMENT / CRIME INSURANCE

Spécialités / Specialities	Limite d'assurance / Limit of Insurance	Coût / Cost (incluant prime, frais et taxes / including premium, fees & tax)	SVP cocher la case appropriée / Please check off the appropriate box
Prime fixe pour toute les spécialités / Flat premium for all specialities	3 000 \$	27,25 \$	

## 4) PROTECTIONS ACCESSOIRES / COVERAGES OPTIONALS

Nous avons une tarification avantageuse pour assurer plusieurs autres activités et services complémentaires offerts par les membres de l'association. Vous n'avez qu'à communiquer avec nous pour de plus amples renseignements. / We have competitive rates to insure several other activities and additional services offered by the members of the association. Simply contact us for more information.

**TOTAL INCLUANT PRIME, FRAIS ET TAXES / TOTAL INCLUDING PREMIUM, FEES & TAX**

**Votre police d'assurance entrera en vigueur et vous sera postée à la réception de votre paiement complet.**

Signature du proposant (assuré) / Signature of Applicant (Insured)

Date