



Proposition d'assurance responsabilité professionnelle et responsabilité civile générale

Pour les membres de l'Association des Thérapeutes Conseiller coopératives du Canada

English available on request.

Nom : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____

Rais on sociale (si vous êtes le propriétaire) : _____

La couverture procurée par cette police sera automatiquement élargie à votre entreprise, mais seulement si vous êtes propriétaire unique sans employés.

Adresse professionnelle : _____

Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____

Téléphone : Jour : _____ Soir : _____

Adresse électronique : _____

Nombre de membre de l'ACCT : (Remarque : La couverture consentie en vertu de cette police s'applique aux membres de l'ACCT seulement.) _____

Veuillez choisir l'une des options suivantes :

- ☐ Conseillers canadiens qui détiennent le titre de thérapeute conseiller ou possèdent une maîtrise ou un doctorat en counseling ou dans un domaine connexe
- ☐ Conseillers canadiens qui ne détiennent pas encore le titre de thérapeute conseiller

1. **Avez-vous déjà subi un sinistre de responsabilité professionnelle ou de responsabilité civile générale, ou une réclamation a-t-elle été déposée contre vous dans le passé?** ☐ Oui ☐ Non
Si oui, veuillez joindre des détails.

2. **Êtes-vous au courant de tout acte de négligence, erreur, omission ou violation d'obligation qui peut donner lieu à une réclamation contre vous?** ☐ Oui ☐ Non
Si oui, veuillez joindre des détails.

3. **Vous a-t-on jamais refusé une proposition d'assurance responsabilité professionnelle ou d'assurance responsabilité civile générale?** ☐ Oui ☐ Non

4. **Exercez-vous une activité ou une profession autre que votre pratique professionnelle?** ☐ Oui ☐ Non
Si oui, veuillez joindre des détails.

5. **Fournissez-vous des services ou effectuez-vous des activités à l'extérieur du Canada?** ☐ Oui ☐ Non
Si oui, joignez des détails en précisant le pays et le pourcentage de votre temps passé à l'extérieur du Canada.

6. Pour les propriétaires d'entreprise :

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des employés?

☐ Oui ☐ Non, je suis propriétaire unique

Si oui, combien (y compris vous)? _____

Si vous avez des employés, nous pouvons vous proposer une garantie pour entité juridique moyennant une prime supplémentaire.

Si vous avez répondu « Oui » aux questions de 1 à 6, veuillez communiquer avec un représentant d'assurance Aon agréé, au **1.877.766.3098**.

7. Quelle est votre formation? Veuillez indiquer votre niveau d'études et votre domaine de spécialisation.

8. Depuis combien de temps exercez-vous comme conseiller? _____

9. Décrivez brièvement vos activités et les services que vous offrez, y compris les types de problèmes de santé mentale dans lesquels vous vous êtes spécialisé.

10. Orientez-vous des patients vers des institutions psychiatriques?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, dans quelles circonstances?

11. Veuillez indiquer vos recettes brutes : _____ \$

12. Remplissez cette partie pour toute personne qui exécute des activités professionnelles dans le cadre de votre entreprise : (Nous pouvons demander le curriculum vitae de chacune.)

Nom	Fonctions	Titre professionnel	Années d'expérience

13. Veuillez répondre à cette question **seulement** si vous demandez de souscrire une assurance en vertu du programme de l'ACCT pour la première fois :

Avez-vous une police d'assurance responsabilité professionnelle en vigueur?

☐ Oui ☐ Non

Si Oui, présentez les détails de toutes les polices d'assurance responsabilité professionnelle que vous (le proposant) déteniez au cours des trois (3) dernières années.

Type de police					
Réclamations présentées	Survenance des dommages	N° de police	Assureur	Montant de garantie	Période d'assurance
☐ *	☐				
☐ *	☐				
☐ *	☐				
☐ *	☐				
☐ *	☐				

*Indiquez si la police est assortie d'une date limite de rétroactivité : (jour/mois/année)

Garanties offertes

Veuillez indiquer votre choix en fonction du tableau de tarification ci-dessous.
Toutes les primes sont totalement acquises.

		Responsabilité professionnelle (obligatoire)	Responsabilité professionnelle et responsabilité civile générale**
Montant de garantie (par sinistre)	Montant de garantie (par période d'assurance)	Prime	Prime
Catégorie A: Tous les conseillers canadiens qui sont membres de l'ACCT et détiennent le titre de thérapeute conseiller, ainsi qu'une maîtrise ou un doctorat en counseling ou dans un domaine connexe.			
1 000 000 \$	1 000 000 \$	80 \$ ☐	115 \$ ☐
2 000 000 \$	2 000 000 \$	100 \$ ☐	140 \$ ☐
5 000 000 \$	5 000 000 \$	165 \$ ☐	235 \$ ☐
Catégorie B: Tous les conseillers canadiens qui sont membres de l'ACCT et ne détiennent pas encore le titre de thérapeute conseiller.			
1 000 000 \$	1 000 000 \$	88 \$ ☐	127 \$ ☐
2 000 000 \$	2 000 000 \$	110 \$ ☐	154 \$ ☐
5 000 000 \$	5 000 000 \$	182 \$ ☐	259 \$ ☐

**L'assurance de la responsabilité civile générale est recommandée à tous les praticiens qui désirent couvrir les dommages corporels ou matériels attribuables à leurs activités (pour ceux qui offrent leurs services en sous-traitance ou facturent au nom d'une entité distincte)

*** Toutes les options incluent un avenant pour les thérapies en ligne avec une couverture mondiale qui fait l'objet de poursuites intentées au Canada.

Information sur le paiement

Les provinces suivantes sont assujetties à la taxe de vente provinciale :

Résidents de l'Ontario : taxe de vente de 8 %
Résidents du Québec : taxe de vente de 9 %
Résidents du Manitoba : taxe de vente de 7 %
Résidents de la Terre-Neuve-et-Labrador : taxe de vente de 15 %
Résidents de la Saskatchewan : taxe de vente de 6 %

Les membres dans les autres provinces sont exemptés. La TPS n'est pas imputable aux primes d'assurance.

Faites tous vos chèques à l'ordre d'Aon Reed Stenhouse Inc. ou remplissez l'autorisation de carte de crédit ci-dessous. Vous pouvez transmettre l'information sur les cartes de crédit à notre bureau selon les méthodes suivantes : télécopieur, courrier électronique ou poste.

Sous-total	\$
Taxe	\$
Total inclus	\$

Autorisation de carte de crédit

N° de compte VISA ou M/C : _____ Date d'expiration : _____

Nom du titulaire de carte : _____ Signature : _____

Veuillez envoyer toutes les propositions dûment remplies par courrier, télécopieur ou courriel à l'adresse ou au numéro appropriés indiqués ci-dessous.

Aon

2 Sheppard Ave East, Suite 1800, Toronto, Ontario M2N 5Y7
Télécopieur : 1.877.766.9075 | Tél : 1.877.766.3093
Adresse électronique : aha@aon.ca

Déclarations, engagements, protection des renseignements personnels et consentement

Le proposant (utilisé collectivement) confirme qu'il souhaite utiliser les services d'Aon et consent à ce qu'Aon recueille, utilise et divulgue les renseignements personnels nécessaires aux fins suivantes :

- Déterminer l'admissibilité aux produits d'assurance, traiter les propositions d'assurance et fournir les renseignements et services demandés
- Comprendre et évaluer les besoins continus du client et offrir des produits et services pour y répondre;
- Accomplir les tâches de communication, de prestation de services, de facturation et d'administration
- Fournir des services d'administration des sinistres et d'analyse des données;
- Se conformer aux exigences légales, réglementaires, de vérification et de sécurité; et
- Vérifier les renseignements personnels fournis.

Aux fins susmentionnées, le proposant autorise Aon à recueillir ses renseignements personnels de tiers et à les communiquer à des tiers, comme les sociétés d'assurance, d'autres courtiers, les experts en sinistres, les agences, les autorités d'immatriculation des véhicules automobiles et des permis de conduire et autres. Si le proposant fournit des renseignements personnels sur des assurés supplémentaires, il garantit avoir obtenu le consentement écrit préalable de chaque assuré supplémentaire aux fins de la collecte, de l'utilisation et de la divulgation de ses renseignements personnels, comme défini dans les présentes. Le client reconnaît que, pour fournir les services demandés, Aon peut avoir besoin de recourir à des sociétés affiliées ou à des fournisseurs de services tiers, qui peuvent être situés à l'extérieur du Canada, et que, par conséquent, les renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois des pays en question. Le proposant reconnaît qu'il peut retirer un consentement donné précédemment pour une ou plusieurs des fins, à tout moment, en communiquant avec le responsable de la protection des renseignements personnels d'Aon par écrit, et comprend qu'un tel retrait peut empêcher Aon de fournir les services demandés. Le proposant reconnaît de même que ce consentement demeure en vigueur jusqu'à ce qu'il le retire, en tout ou en partie, indépendamment de tout autre consentement signé par le proposant, autorisant la collecte, l'utilisation ou la divulgation de renseignements personnels. Accédez à la politique de confidentialité d'Aon ou aux coordonnées du responsable de la protection des renseignements personnels en visitant le site <http://www.aon.com/canada/fr/about-aon/privacy.jsp> ou en appelant une succursale d'Aon au Canada.

Nom du proposant : _____

Poste : _____

Signature du proposant : _____

Date : _____

Remarque : L'assurance ne peut pas être exécutée à moins que cette proposition ne soit entièrement remplie et dûment signée et datée.