

DEMANDE POUR L'ASSURANCE D'ENTREPRISENom du proposant :
_____Nom de l'entreprise ou de la société :
_____Adresse :

Ville: _____

Prov/Terr: _____

Code postal: _____

Adresse de l'entreprise (si différent) :

Ville: _____

Prov/Terr: _____

Code postal: _____

N° de téléphone :
_____Courriel :
_____Organisation membre
de la SPIIC :Bénéficiaire
Individuel(le) de la SPIIC : Oui NonÊtes-vous membre en règle de votre association provinciale/territoriale d'infirmières et d'infirmiers ou de votre Ordre? Si oui, veuillez fournir le numéro d'adhésion. Oui Non
_____**1. Êtes-vous :** Infirmière(er) autorisé(e) (IA) Infirmière(er) auxiliaire autorisé(e) (IAA) Infirmière(er) praticien(ne) (IP) Infirmière(er) psychiatrique autorisé(e) Infirmière(er) praticien(ne) autorisé(e) (IPA)**2. Types de services fournis (Veuillez choisir toutes les réponses pertinentes) :** Consultation / Enseignement Soins à domicile Soins primaires Injections Esthétique Santé mentale Hygiène du travail Gestion / Enquêtes Services infirmiers généraux Soins des pieds Autre (veuillez décrire) :

3. Une demande d'assurance responsabilité civile professionnelle et/ou d'assurance responsabilité commerciale générale et/ou d'assurance contenu de bureau vous a-t-elle déjà été refusée ou une de vos polices d'assurance a-t-elle déjà été annulée? Oui Non
Si oui, veuillez fournir des détails.

4. Vous ou votre entreprise avez-vous déclaré des pertes assurables au cours des cinq dernières années qui seraient incluses dans la portée de l'assurance proposée? Oui Non
Si oui, veuillez fournir des détails.

5. Êtes-vous au courant d'un acte de négligence, d'une erreur, d'une omission ou d'un manquement à une obligation qui pourrait donner lieu à une réclamation contre vous ou votre entreprise? Oui Non
Si oui, veuillez fournir des détails.

Options d'assurance de responsabilité civile professionnelle pour les individus : (sous base des réclamations)

NOTA : Si vous êtes membre d'une organisation membre de la SPIIC ou si vous êtes devenu(e) membre de la SPIIC à titre de bénéficiaire individuel(le), vous êtes déjà admissible à la protection d'assurance responsabilité civile professionnelle individuelle de la SPIIC. Pour en savoir davantage, veuillez contacter la SPIIC au 1-800-267-3390.

Limite	Coût
5 000 000 \$ par réclamation / total par membre	<input type="checkbox"/> 255 \$
10 000 000 \$ par réclamation / total par membre	<input type="checkbox"/> 800 \$

Toutes les options incluent :

Couverture des dépenses juridiques réglementaires 150 000 \$ par réclamation / total par membre
Remboursements des frais de défense criminelle 250 000 \$ par réclamation / total par membre
Date rétroactive : le 31 janvier 2003
Franchise zéro

Couverture responsabilité civile professionnelle pour clinique

Date de fondation/ d'incorporation

Nombre d'associés :

Nombre de dirigeants :

Nombre d'employés non professionnels (c.-à-d., personnel administratif/ soutien à domicile, etc.) :

Avec la souscription de l'assurance responsabilité civile professionnelle pour les individus :

Limite	0 ou 1 professionnel	2 à 5 professionnels	6 à 10 professionnels	11 à 15 professionnels	20 professionnels	Plus de 20 professionnels
Partagée	<input type="checkbox"/> 85 \$	<input type="checkbox"/> 119 \$	<input type="checkbox"/> 145 \$	<input type="checkbox"/> 170 \$	<input type="checkbox"/> 213 \$	Contacteur BMS

Sans la souscription de l'assurance responsabilité civile professionnelle pour les individus :

Limite	0 ou 1 professionnel	2 à 5 professionnels	6 à 10 professionnels	11 à 15 professionnels	20 professionnels	Plus de 20 professionnels
1 M \$	<input type="checkbox"/> 130 \$	<input type="checkbox"/> 160 \$	<input type="checkbox"/> 180 \$	<input type="checkbox"/> 200 \$	<input type="checkbox"/> 240 \$	Contacteur BMS
2 M \$	<input type="checkbox"/> 155 \$	<input type="checkbox"/> 185 \$	<input type="checkbox"/> 210 \$	<input type="checkbox"/> 230 \$	<input type="checkbox"/> 265 \$	Contacteur BMS
5 M \$	<input type="checkbox"/> 235 \$	<input type="checkbox"/> 265 \$	<input type="checkbox"/> 290 \$	<input type="checkbox"/> 310 \$	<input type="checkbox"/> 345 \$	Contacteur BMS
10 M \$	Contacteur BMS	Contacteur BMS				

Options d'assurance responsabilité commerciale générale : sous base des réclamations déclarées)

Limite	Coût	Coût*
2 000 000 \$ par réclamation / total par membre	<input type="checkbox"/> 126 \$	<input type="checkbox"/> 63 \$
5 000 000 \$ par réclamation / total par membre	<input type="checkbox"/> 170 \$	<input type="checkbox"/> 85 \$

*Avec la souscription de l'assurance responsabilité civile professionnelle pour les individus et/ou de l'assurance responsabilité civile professionnelle pour clinique

Veillez indiquer les assurés additionnels à être inscrits sur votre certificat :

Nom :

Adresse :

Ville :

Prov./Terr. :

Code postal :

Assurance du contenu de bureau (exige la souscription d'une assurance responsabilité commerciale générale)

Limite	Coût
10 000 \$	<input type="checkbox"/> 330 \$
35 000 \$	<input type="checkbox"/> 435 \$
60 000 \$	<input type="checkbox"/> 540 \$

Comprend :

Loyauté des employés	10 000 \$
Franchise	1 000 \$
Franchise (refoulement d'égouts)	2 500 \$

Augmenter l'assurance loyauté des employés de 10 000 \$ à 25 000 \$ 200 \$

Comprend une étendue aux tiers de 10 000 \$ et couvre le vol par des employés

Veillez indiquer les assurés bénéficiaires à être inscrits sur votre certificat (pour l'assurance du contenu de bureau seulement):

Nom :

Adresse :

Ville :

Prov./Terr. :

Code postal :

Assurance cybersécurité et atteintes à la vie privée

	Limite	Franchise	Prime
Praticiens individuels	\$1,000,000	\$1,000	<input type="checkbox"/> \$90
Entreprise et employés –revenu brut de 0 \$ à 500 000 \$	\$1,000,000	\$1,000	<input type="checkbox"/> \$575
Entreprise et employés – revenu brut de 500 001 \$ à 1 000 000 \$	\$1,000,000	\$1,000	<input type="checkbox"/> \$715
Entreprise et employés – revenu brut de 1 000 001 \$ à 1 500 000 \$	\$1,000,000	\$1,000	<input type="checkbox"/> \$845
Entreprise et employés – revenu brut de 1 500 001 \$ à 2 000 000 \$	\$1,000,000	\$1,000	<input type="checkbox"/> \$985
Entreprise et employés – revenu brut de 2 000 001 \$ à 2 500 000 \$	\$1,000,000	\$1,000	<input type="checkbox"/> \$1,110
Entreprise et employés – revenu brut de 2 500 001 \$ à 3 000 000 \$	\$1,000,000	\$1,000	<input type="checkbox"/> \$1,230

Avez-vous/ votre entreprise déjà eu une atteinte cybersécurité ou à la vie privée par le passé? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions.

Vos supports de stockage de données portatifs sont-ils protégés par un dispositif chiffré (p. ex., les clés USB)? Oui Non

Avez-vous adopté des mesures de base de contrôle des pertes, telles que l'installation d'un logiciel antivirus, d'un pare-feu et de correctifs logiciels (avec mises à niveau régulières)? Oui Non

À noter que la présente police ne vise pas les pertes ou la responsabilité découlant de l'utilisation de supports non protégés par dispositif chiffré.

Responsabilité liée aux pratiques d'emploi (gestion)

	Limite	Franchise	Prime Annuelle
Option 1	100 000 \$	\$1,000	<input type="checkbox"/> 220 \$
Option 2	250 000 \$	\$1,000	<input type="checkbox"/> 295 \$
Option 3	500 000 \$	\$1,000	<input type="checkbox"/> 310 \$
Option 4	1 000 000 \$	\$1,000	<input type="checkbox"/> 400 \$

Veillez noter que la police est destinée aux entreprises avec 25 employés / entrepreneurs indépendants ou moins. Veillez contacter BMS pour un devis si votre entreprise ne correspond pas à ces paramètres.

Y a-t-il déjà eu ou y a-t-il des demandes d'indemnisation déposées contre l'entreprise ou contre des directeurs, des agents ou des employés actuels ou anciens de l'entreprise :

Avaient-elles/ont-elles trait au droit du travail? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions :

Avaient-elles/ont-elles trait à de la discrimination ou du harcèlement sexuel non lié au travail? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions :

Au cours des 12 derniers mois, l'entreprise a-t-elle changé de propriétaire majoritaire? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions :

Déclarations et garantie

Je déclare que, durant les cinq dernières années, je n'ai pas fait l'objet d'une annulation de police d'assurance et qu'une couverture d'assurance ne m'a pas été refusée et que cette demande divulgue les risques connus au moment de la demande. J'affirme que les déclarations contenues dans les présentes sont entièrement véridiques et exactes et je présente donc une demande pour la souscription d'un contrat d'assurance qui est fondée sur la véracité de ces déclarations.

En cas d'incertitude relativement à vos besoins de couverture, veuillez contacter BMS et un courtier d'assurance pourra répondre à vos questions durant les heures de bureau.

Signée par :

Titre :

Date:

La signature du présent formulaire n'engage pas le demandeur ou la compagnie à souscrire l'assurance, mais il est convenu que le formulaire formera la base du contrat dans l'éventualité de l'émission d'une police.

La prime d'assurance sera entièrement conservée et est non remboursable.

Renseignements relatifs au paiement

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

Les résidents de l'Ontario ajoutent une taxe de vente de 8 %
Les résidents du Québec ajoutent une taxe de vente de 9 %
Les résidents du Manitoba ajoutent une taxe de vente de 7 %
Les résidents de Terre-Neuve ajoutent une taxe de vente de 15 %
Résidents de Saskatchewan, ajoutez la taxe de vente de 6 %

Total partiel	\$
Taxe	\$
Total inclus	\$

Toutes les autres provinces sont exemptées.
La TPS ne s'applique pas aux primes d'assurance.

Tous les chèques doivent être faits au nom de BMS Canada Risk Services Ltd. ou vous pouvez remplir l'autorisation de paiement par carte de crédit ci-dessous.

Autorisation de paiement par carte de crédit

N° de compte VISA, AMEX ou MasterCard :

Date d'expiration :

Nom du titulaire :

Signature :

BMS Canada Risk Services Ltd. (BMS Group)

825 voie Exhibition, bureau 209
Ottawa, ON K1S 5J3

Sans frais : 1-855-318-6035

Télécopieur : 613-701-4234

Courriel : cnpsbusinessplus@bmsgroup.com

Nota : La couverture entrera en vigueur sur réception d'une demande satisfaisante et du paiement. Veuillez noter que toutes les primes seront entièrement conservées et ne peuvent pas être remboursées après l'entrée en vigueur de votre police. Votre signature sur la demande ne vous engagera pas à la souscription de l'assurance, cependant, il est entendu et convenu que cette demande formera la base du contrat advenant l'émission d'une police à votre nom.