

PROPOSITION D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE REGROUPEMENT POUR L'ÉDUCATION SOMATIQUE

1. Nom du Proposant : _____
2. Adresse postale : _____
Adresse de tous les bureaux occupés par le proposant : _____
Téléphones : Résidence _____ Bureau _____ Télécopieur _____
Adresse courriel : _____
3. Année(s) d'expérience: _____
4. Méthode pratiquée : _____
5. Revenus anticipés pour l'année fiscale en cours : \$ 0.00 - \$ 30,000 \$ 30,001 - \$ 55,000 \$ 55,001 ET PLUS
6. Durant les cinq dernières (5) années, avez-vous eu des réclamations dues à vos services professionnels ?
 Oui Non **Si oui, fournir l'information complète :** _____

7. Le proposant ou l'un de ses employé(e)s sont-ils au courant de fait(s), ou circonstance(s) ou situation(s) survenus, qui pourraient éventuellement donner lieu à une réclamation ?
 Oui Non **Si oui, fournir l'information complète :** _____

8. Durant les cinq (5) dernières années, est-ce qu'une proposition pour services professionnels vous a été refusée ou l'assureur a-t-il refusé de renouveler, ou a-t-il annulé votre police d'assurance ?
 Oui Non **Si oui, fournir l'information complète :** _____

9. Le proposant a-t-il déjà été pénalisé ou son certificat a-t-il déjà été annulé par son association ?
 Oui Non **Si oui, fournir l'information complète :** _____

Inclure une copie de votre certificat émis par votre association.

Je déclare que les informations contenues dans cette proposition sont exactes et complètes.

COMPLÉTER la PROPOSITION et FAIRE PARVENIR à l'adresse suivante accompagnée de votre PAIEMENT À L'ORDRE DE :

REGROUPEMENT POUR L'ÉDUCATION SOMATIQUE
A/S MARTYNE TREMBLAY
C.P. 94, SUCC. R
MONTRÉAL QC H2S 3K6

Signature du proposant _____

Date _____