

# 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 \_\_\_\_\_