

|                           |                    |
|---------------------------|--------------------|
| <b>Nom :</b>              | <b>Prénom :</b>    |
| <b>Adresse Postale :</b>  | <b>Téléphone :</b> |
|                           | <b>Bureau :</b>    |
|                           | <b>Fax :</b>       |
| <b>Adresse Courriel :</b> |                    |

|   |   |
|---|---|
| <b>Êtes-vous membre de l'Association des Psychologues du Québec :</b><br><small>*Vous devez être membre en règle avec l'APQ pour adhérer à cette assurance.</small> | oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/> |
|---|---|

|  |   |
|--|---|
| Avez-vous déjà présenté une demande d'assurance de responsabilité professionnelle ou de frais disciplinaires :   | oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/> |
| Vous a-t-on déjà refusé l'une ou l'autre de ces assurances :   | oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà présenté une réclamation en vertu de l'une ou l'autre de ces assurances :   | oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous connaissance de tout acte qui pourrait donner lieu à une réclamation contre vous en vertu de cette police ou croyez-vous que l'on pourrait vous intenter une poursuite : | oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/> |

\*Si vous répondez oui à une de ces questions, veuillez nous faire parvenir plus de détails à ce sujet

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Régime 1- frais d'enquête et d'audiences disciplinaires -- 25 000\$ par réclamation / 50,000\$ par période d'assurance</b><br><input type="checkbox"/> Prime annuelle 240\$ + taxe = 261.60\$ (franchise 2 500.00\$)<br><input type="checkbox"/> Prime annuelle 270\$ + taxe = 294.30\$ (franchise 2 000.00\$)<br><input type="checkbox"/> Prime annuelle 290\$ + taxe = 316.10\$ (franchise 1 500.00\$)<br><br><b>Ce régime s'avère suffisant pour la plupart des psychologues qui sont déjà couverts par l'assurance responsabilité professionnelle de l'Ordre des Psychologues (en cas de poursuite au civil).</b> | <b>Les 2 options incluent \$10,000 pour les frais témoins experts par réclamation et un maximum de \$10,000 par année.</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Régime 2- Responsabilité professionnelle incluant les frais d'enquête et d'audiences disciplinaires -- 50 000\$ par réclamation / 90 000\$ par période d'assurance (franchise de 750.00\$)</b><br><input type="checkbox"/> 1 000 000\$ par réclamation/3 000 000\$ par période d'assurance. Prime annuelle 380\$ + taxe = 414.20\$<br><input type="checkbox"/> 2 000 000\$ par réclamation/6 000 000\$ par période d'assurance. Prime annuelle 410\$ + taxe = 446.90\$  |  |

La période d'assurance est à partir du 1<sup>er</sup> juin 2017 au 1<sup>er</sup> juin 2018. Si vous désirez devenir membre après le 1<sup>er</sup> juin, veuillez noter les changements de prime suivants:

- Option 1- Vous devez payer la primes annuelle complète, peu importe la date de votre renouvellement.
- Option 2- Veuillez calculer 34.00\$ / mois restant pour 1 000 000\$ ainsi que 9% de taxe (50\$ minimum).  
- Veuillez calculer 37.00\$ / mois restant pour 2 000 000\$ ainsi que 9% de taxe (50\$ minimum).

**Options de paiement:**

|  |  |
|--|--|
| <b>Chèque:</b> Veuillez compléter le document et un chèque payable à 'Théoret Martel Proudfoot' et envoyer les documents à l'adresse suivante:<br><br><b>THEORET MARTEL INSURANCE<br/>         PO BOX 1008, 5827 HIGHWAY 34<br/>         VANKLEEK HILL, ONT. K0B 1R0</b> | <b>Carte de Crédit:</b> Veuillez compléter le document et l'envoyer par courriel <a href="mailto:apq@theoretmartel.ca">apq@theoretmartel.ca</a> ou par fax au 1-613-678-3201.<br><br>Ensuite, visiter notre site web pour effectuer votre paiement. <a href="http://www.theoretmartel.ca/fr/arp/paiement">http://www.theoretmartel.ca/fr/arp/paiement</a><br>*Un frais de 3% sera ajouté automatiquement pour tous paiements par carte de crédit |
|--|--|

\*Si, en toute connaissance de cause, vous présentez de manière inexacte ou omettez de divulguer de l'information et des faits qui devraient y figurer, votre assurance peut être considérée nulle par l'assureur.

 \_\_\_\_\_  
 Signature

 \_\_\_\_\_  
 Date