



## Programme d'assurances exclusif pour médecines alternatives

### ***Résumé des protections disponibles***

#### **Responsabilité professionnelle pour Erreurs et Omissions**

Couvre les réclamations qui pourraient être faites contre vous par un patient, lequel à tort ou à raison, vous blâmera d'un malaise suite à un traitement.

- Limite individuelle par année d'assurance de 1 000 000 \$ ou de 2 000 000 \$ avec une franchise de 500 \$ par réclamation. La franchise ne s'applique pas sur les frais de défense.

**Exemple :** si l'un de vos patients se plaint d'un malaise suite à un traitement ou pour avoir suivi l'un de vos conseils, et vous blâme pour ce malaise. Cette réclamation potentielle est prise en charge par la protection Erreurs et Omissions de votre police.

#### **Responsabilité Civile Générale**

Cette protection couvre les poursuites découlant de blessures corporelles ou dommages matériels à un tiers mais excluant la responsabilité civile Erreurs et Omissions.

- Limite individuelle par année d'assurance de 1 000 000 \$ ou de 2 000 000 \$ avec une franchise de 1 000 \$ par réclamation. La franchise ne s'applique pas sur les frais de défense.

**Exemple :** si l'un de vos patients se blesse en trébuchant sur les lieux que vous occupez, ce sera la section responsabilité civile des activités et lieux qui assumeront cet accident puisqu'il ne s'agit pas de traitements rendus ou de conseils donnés.

#### **Assurances sur les Biens, Vol d'argent et Pertes de bénéfices (Option 1 ou Option 2)**

Cette protection couvre les biens à usage professionnel dont le praticien est propriétaire ou pour lesquels il a assumé une responsabilité (locataire). Nous avons un ensemble de protections pour les besoins de base dont vous trouverez en annexe un résumé.

#### **Remboursement des frais de défense en matière pénale ( texte ci-joint )**

Cette couverture permet de rembourser les frais engagés pour la défense d'une réclamation présentée contre vous dans le cadre de réclamations et de procédures judiciaires.

**Exemple :** si l'un de vos patients porte des accusations d'attouchements sexuels contre vous et si vous êtes jugé non coupable cette protection permettra le remboursement des frais de défense encourus jusqu'à 20 000 \$ par réclamation et 40 000 \$ pour la durée du contrat.



**Programme d'assurances exclusif pour les médecines alternatives**  
**Assurance sur vos biens et pertes de bénéfices**

**OPTION 1:**

	<b>Limite</b>	<b>Franchise</b>
Contenu de toute description	15 000 \$	500 \$
Formule 3D avec détournement	<b>1 000 \$</b>	250 \$
Assurance prolongée de bénéfices bruts	<b>10 000 \$</b>	
Extension des garanties	Limite globale de 50 000 \$	
Refoulement des égouts	10 000 \$	2 500 \$

**PRIME DE 81.75 \$ (taxes et frais inclus)**

**OPTION 2:**

	15 000 \$	500 \$
Contenu de toute description	15 000 \$	500 \$
Formule 3D avec détournement	<b>2 000 \$</b>	250 \$
Assurance prolongée de bénéfices bruts	<b>20 000 \$</b>	
Extension des garanties	Limite globale de 50 000 \$	
Refoulement des égouts	10 000 \$	2 500 \$

**PRIME DE 136.25 \$ (taxes et frais inclus)**

**Exclusive Insurance Program for alternative medicine**  
**Property Insurance and Loss of Profits**

**1<sup>st</sup> OPTION:**

	<b>Limit</b>	<b>Deductible</b>
Contents of every description	\$15,000.	\$ 500.
3D Form including dishonesty	\$1,000.	\$ 250.
Gross Profit – Extended Form	\$10,000.	N/A
Additional coverage	Maximum payable :\$50,000.	
Sewer back-up	\$10,000.	\$2,500.

**PREMIUM OF \$ 81.75 (taxes and fees included)**

**2<sup>nd</sup> OPTION:**

	<b>Limit</b>	<b>Deductible</b>
Contents of every description	\$15,000.	\$ 500.
3D Form including dishonesty	\$2,000.	\$ 250.
Gross Profit – Extended Form	\$20,000.	N/A
Additional coverage	Maximum payable : \$50,000.	
Sewer back-up	\$ 10,000.	\$2,500.

**PREMIUM OF \$ 136.25 (taxes and fees included)**

# Val International inc.

Gestionnaires de souscription  
Underwriting managers

## Avenant / Endorsement

### Remboursement des frais de défense en matière pénale Penal defence costs reimbursement

No. de police / Policy No. :

Nom de l'assuré / Name of Insured:

#### Date d'entrée en vigueur et de rétroactivité / Effective and retroactive date :

Il est convenu que la Convention d'Assurance C. est ajoutée à cette police selon le texte suivant :

It is agreed that Insuring Agreement C. is added to this policy as per the following text :

C. de rembourser à l'Assuré les frais qu'il aura engagé (sauf son salaire et celui de ses employés) pour la défense d'une réclamation présentée contre lui à l'égard d'infractions pénales alléguées avoir été commises dans le cadre des activités décrites aux Conditions particulières, et dans le cadre de procédures judiciaires intentées pour la première fois contre lui au Canada et rapportée aux Assureurs au cours de la période de cette police, si la défense produite est couronnée de succès. Aux fins de la présente convention, l'expression « couronnée de succès » signifie un acquittement, un verdict de non-culpabilité ou le retrait des accusations.

C. to reimburse the Insured for the costs incurred by him (except his and his employees salaries) in the defense of a claim made against him alleging criminal offenses committed within the scope of the activities described in the Coverage Summary of this policy and as a result of judicial proceedings presented to the Insured and to the Insurer for the first time in Canada and during this policy period, but only if the defense is successful. For the purpose of this Insuring Agreement, the word « successful » will mean a non-guilty verdict, an acquittal or the withdrawal of the charges.

Aux fins de cette Convention seulement :

a) les limites d'indemnité sont :

20 000\$ par réclamation ;

40 000\$ pour l'ensemble des réclamations présentées au cours du terme de cette police.

b) Pour chaque réclamation, une franchise de 1 000\$ sera appliquée.

For the purpose of this Agreement only :

a) the limits of indemnity are :

\$20,000 per claim ;

\$40,000 in the aggregate for all claims presented during this policy period.

b) From each claim, the sum of \$1,000 will be deducted.

**Tous les autres termes et conditions demeurent les mêmes sauf l'avenant de Date de rétroactivité. / All other terms and conditions remain unchanged except with respect to the Retroactive date endorsement.**

Val International inc.

1190, rue Lévis,

Terrebonne, QC J6W 5S6

Téléphone : (450) 961-4567

Télécopieur : (450) 961-9098

Lloyd's, par Val International inc.  
Signature du représentant autorisé  
Authorized representative



Distribué exclusivement par/ Distributed exclusively by:

PROPOSITION D'ASSURANCE DE LA RESPONSABILITÉ CIVILE
POUR ERREURS ET OMISSIONS /
APPLICATION FORM ERRORS AND OMISSIONS LIABILITY INSURANCE

(Garantie en fonction de la date où les réclamations sont présentées / Coverage granted on a claims-made basis)

VEUILLEZ REMPLIR LISIBLEMENT CETTE PROPOSITION ET RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS. N'OUBLIEZ PAS DE SIGNER, DATER ET NOUS RETOURNER CETTE PROPOSITION AVEC VOTRE CHÈQUE. / PLEASE COMPLETE ENTIRELY THIS APPLICATION AND ANSWER TO ALL QUESTIONS. DO NOT FORGET TO DATE, SIGN AND RETURN IT PROMPTLY TO OUR OFFICE WITH YOUR PAYMENT INCLUDED.

Table with 2 columns: Applicant information (PROPOSANT / APPLICANT, Adresse postale, Adresse du bureau, etc.) and Financial information (Réservé au courtier, Prime, Frais, Taxe, Total).

Veillez indiquer ci-après de quelles associations vous êtes membre ? / Indiquez également votre/vos numéro(s) de membre :
Please indicate below Associations that you are a member of? / Please mention your member number :

Empty lines for listing associations and member numbers.

Veillez spécifier vos spécialités en médecine alternative / Specify your specialities into alternative medicine (i.e. : naturotherapy) :

Depuis combien de temps pratiquez-vous ? / How long have you been practicing ?

Nom de votre assureur précédent / Name of prior Insurer :
Date du renouvellement / Renewal Date :

Au cours des cinq dernières années, avez-vous (le proposant et signataire) fait l'objet de réclamation(s) ou êtes-vous au courant de circonstances pouvant entraîner une/des réclamation(s) contre vous à l'égard de services que vous avez rendus? / During the past five years, did you (the applicant) go through any liability claims or are you aware of any circumstances that might lead to potential claims regarding your practice?
SI OUI, VEUILLEZ COMPLÉTER LE TABLEAU SUIVANT/IF YES, PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING

Table with 3 columns: DATE, Détails de la réclamation (Please provide complete information of the claim/loss), MONTANT PAYÉ / AMOUNT PAID OR PENDING.

Je certifie la véracité des renseignements fournis dans la présente proposition et déclare n'avoir ni omis, ni dénaturé des faits importants. Je comprends que toute déclaration inexacte ou omission pourrait être sanctionnée par l'annulation de l'assurance. / I hereby declare the above statements and particulars are true and that I have not suppressed or misstated any material facts. I understand that any misstatement or omissions may invalidate the insurance and result in the cancellation of the policy.

Signature Date : (Jour-Day-/Mois-Month/Année-Year)
Votre paiement doit être fait à l'ordre de / Your payment should be made to the order of :
Beaucage Assurances Inc. / 1190 Lévis, Terrebonne, QC J6W 5S6
N°s de téléphone / Phone Numbers: 450-961-4567 / 1-800 643-1853 / Fax 450-961-9098



Marie-Celine Lesperance



6 septembre 2011

### PROGRAMME D'ASSURANCE POUR MÉDECINES ALTERNATIVES/ INSURANCE PROGRAM FOR ALTERNATIVE MEDICINE

**RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE – PROTECTION OBLIGATOIRE**  
**ERRORS & OMISSIONS LIABILITY – THIS COVERAGE IS NOT OPTIONAL**

Cochez  
votre  
choix/Your  
choice is :

Protections/Coverages	Limite/Limit	Franchise/ Deductible	PRIME \$ PREMIUM	
Massothérapie/Naturothérapie et autres pratiques n'étant pas précisées plus bas – Massotherapy / Naturotherapy and other practices not mentioned hereunder	1 000 000 \$	500 \$	129.00 \$	
	2 000 000 \$	500 \$	156.25 \$	
Orthothérapie / Orthotherapy	1 000 000 \$	500 \$	183.50 \$	
	2 000 000 \$	500 \$	210.75 \$	
Ostéopathie / Osteopathy	1 000 000 \$	500 \$	428.75 \$	
	2 000 000 \$	500 \$	483.25 \$	
Bio-Stimulation au Laser, La Trame, Bio-Transformation	1 000 000 \$	500 \$	292.50 \$	
	2 000 000 \$	500 \$	325.20 \$	

- Dans le cas où vous pratiquez plus d'une activité, la prime la plus élevée s'applique.
- If you are practicing more than one activity, the higher premium shall prevail.

### Protections optionnelles /Optional coverage

#### RESPONSABILITÉ CIVILE GÉNÉRALE/ COMPREHENSIVE GENERAL LIABILITY

Prime fixe pour toutes les activités Flat premium for all activities	1 000 000 \$	1 000 \$	87.20 \$	
	2 000 000 \$	1 000 \$	109.00 \$	

#### ASSURANCE DES BIENS ET PERTES DE REVENUS / PROPERTY DAMAGE AND LOSS OF PROFITS

Choix de 2 options / 2 choices :

OPTION 1	15 000 \$	500 \$	81.75 \$	
OPTION 2	15 000 \$	500 \$	136.25 \$	

#### Remboursement des frais de défense en matière pénale / Penal defence costs reimbursement

Limite : 20 000 \$ par réclamation/ 40 000 \$ pour le terme du contrat. / Limit : \$20,000. per claim / \$40,000. for the contract term.

	1 000 \$		inclus
--	----------	--	--------

**PRIME TOTALE / TOTAL PREMIUM**

\$

Les modalités de paiement sont comme suit : Deux chèques postdatés mensuels consécutifs (le premier chèque à la date d'entrée en vigueur de la protection, l'autre à la même date le mois suivant), par Desjardins Accès D./ Your payment shall be made as follows: Two postdated cheques (the first one being at the inception date of coverage, and the other at the same date, the following month), or by Desjardins Acces D.

X

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date : (Jour-Day-/Mois-Month/Année-Year)

Ce document doit absolument accompagner la proposition d'assurance (page 1. de ce document)  
This document shall be attached to Application Form (see page 1.)

**Votre paiement doit être fait à l'ordre de / Your payment should be made to the order of :**  
**Beaucage Assurances Inc.**

**Acceptation de la prime par le proposant**