



CANADIAN SOCIETY OF RESPIRATORY THERAPISTS

SOCIÉTÉ CANADIENNE DES THÉRAPEUTES RESPIRATOIRES

**CANADIAN SOCIETY OF RESPIRATORY THERAPISTS
SOCIÉTÉ CANADIENNE DES THÉRAPEUTES RESPIRATOIRES**

331, rue Cooper, bur. 400 • Ottawa, Ontario • K2P 0G5

Tel/Tél. : (613) 731-3164 • Toll Free/Sans frais : 1-800-267-3422 • Fax/Télé. : (613) 521-4314

DEMANDE D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ (2010-2011)

Nom : _____
Veuillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie

N° du dossier SCTR _____

Adresse : _____

N° d'agrément SCTR _____

Téléphone : _____

Adhésion à la SCTR : Avez-vous payé votre cotisation 2009-2010? Oui _____ Non _____

En demandant de souscrire au Régime d'assurance responsabilité, le thérapeute respiratoire soussigné affirme qu'il/elle n'a jamais reçu signification de réclamations pouvant faire l'objet de la présente police; et(ou) qu'il/elle n'est pas au courant de circonstances quelconques pouvant entraîner une réclamation en vertu de la présente police.

Signature

Date

VEUILLEZ CHOISIR UNE OPTION :

Option 1 – De base - 2 000 000 \$/incident / 4M \$ total

(1^{er} avril 2010 – 1^{er} avril 2011)

Prime (+ taxe)

QC (9 %)

61.48 \$

ON (13 %)

60.48 \$

Toutes les autres

56.00 \$

Option 2 – De base - 5 000 000 \$/incident / 5M \$ total

(1^{er} avril 2010– 1^{er} avril 2011)

Prime (+ taxe)

QC (9 %)

98.10 \$

ON (13 %)

97.20 \$

Toutes les autres

90.00 \$

Montant payé : _____ \$ (Payable à la SCTR par chèque, mandat, VISA ou MasterCard)

Si par carte de crédit : N° de carte : _____ Date d'exp. : _____

Signature autorisée : _____

Veillez noter que vous devez être Thérapeute respiratoire agréé détenant un certificat d'agrément valide à la SCTR pour être admissible à cette couverture.