



Fédération Québécoise des Massothérapeutes

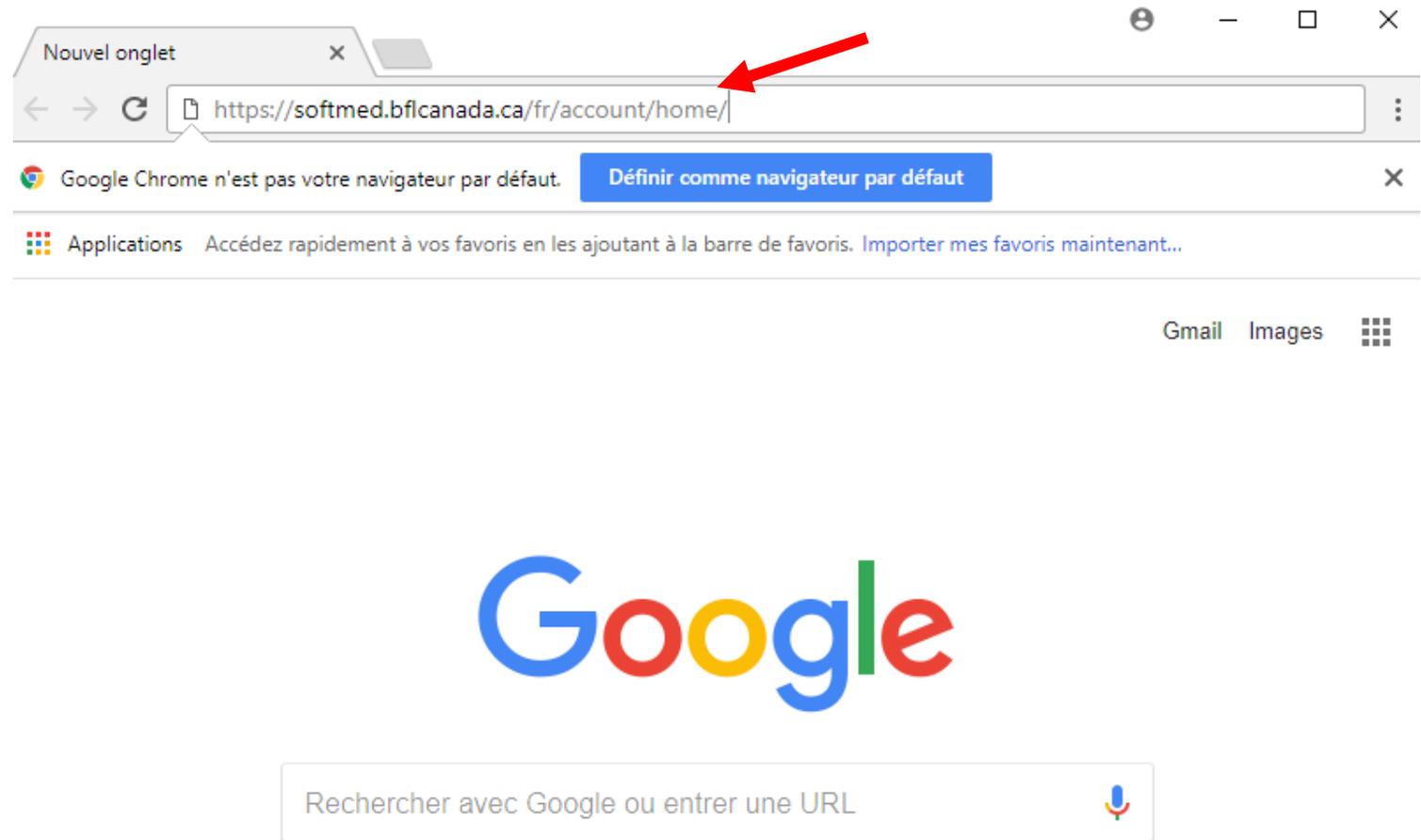
Créez votre dossier d'assurance sur la plateforme
web de BFL CANADA.



Étape 1

Pour accéder à la plateforme, vous devez inscrire l'adresse suivante dans le moteur de recherche :

<https://softmed.bflcanada.ca/fr/account/home/>



Étape 2

Pour mettre en vigueur une police d'assurance comme nouvel utilisateur de la plateforme, vous devez cliquer sur l'option *Nouvel utilisateur*.



BFL CANADA vous offre un programme d'assurance spécialement conçu pour vos besoins professionnels.

Profitez de notre expertise de pointe en matière d'assurance et de gestion des risques.

GARANTIES ÉTENDUES

ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Également connu sous le nom « Assurance erreurs et omissions », l'assurance responsabilité professionnelle vous offre une protection contre des poursuites ou allégations d'erreurs, d'omissions, d'actes de négligence ou de faute professionnelle liées à la prestation de vos services ou conseils. Ladite assurance vous prémunit contre de telles menaces, qu'elles soient fondées ou non. Elle couvre non seulement les coûts de votre défense mais fournit également une compensation à votre client qui a subi des dommages à la suite d'une erreur ou omission accidentelle.

Cette assurance couvre non seulement les coûts de la défense de l'assuré, mais fournit aussi une compensation au tiers qui a subi des dommages à la suite d'une erreur ou d'une omission accidentelle de l'assuré. Elle offre une protection aux entreprises ou personnes dont les clients pourraient réclamer des dommages résultant d'une faute professionnelle au cours de la prestation de services ou de conseils.

Étape 3

Veillez sélectionner votre association dans la liste de nos associations partenaires.

SÉLECTIONNEZ ASSOCIATION

ACN ASSOCIATION CANADIENNE DE NATUROLOGIE	ACNN (NATUROPATHES) Académie des Naturopathes et Naturothérapeutes du Canada inc	ACTMD Association Canadienne des Thérapeutes en Médecines Douces
AMQ L'ASSOCIATION DES MASSOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC (AMQ)	ANBMT MEMBRES DE L'ASSOCIATION NÉO-BRUNSWICKOISE DE MASSOTHÉRAPEUTES INC.	ANPQ-ANQ-RMQ Regroupement des associations: ANPQ, ANQ, RMQ
APD L'ASSOCIATION DES PODOLOGUES DIPLOMÉS	AQTN L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES THÉRAPEUTES NATURELS	ATCMA ASSOCIATION OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE AND ACUPUNCTURE OF BC
CKC Programme d'assurance responsabilité civile du Club Canin Canadien	CPOQ Corporation des professionnels ostéopathes du Québec	FQM Fédération Québécoise des Massothérapeutes
Independent RMT Independent Registered Massage Therapist Non-Association Members	MTAS MEMBERS OF THE MASSAGE THERAPIST ASSOCIATION OF SASKATCHEWAN	OMP OSTEOPATHIC MANUAL PRACTITIONERS
PESC Programmes d'Enseignement Sportif et Culturel.	RES Regroupement pour l'Éducation Somatique / CANSTAT	RITMA RITMA

Étape 4

Vous devez entrer vos informations personnelles (prénom, nom, téléphone, courriel), sélectionner votre association, entrer votre numéro de membre et cliquer *Soumettre*.

NOUVEAU COMPTE UTILISATEUR

REMP LISSEZ LE FORMULAIRE CI-DESSOUS POUR CRÉER VOTRE COMPTE

<input type="text" value="Prénom"/>	<input type="text" value="Nom de famille"/>
<input type="text" value="Téléphone"/>	
<input type="text" value="Email"/>	<input type="text" value="Confirmez votre email"/>
<input type="text" value="Travailleurs Autonome (Individu / personne)"/>	<input type="text" value="Sélectionnez association"/>
<input type="text" value="Numéro de membre"/>	
<input type="submit" value="Soumettre"/>	

Étape 5

Vous devez définir votre mot de passe et cliquer sur *Nouveau client*.

DÉFINIR VOTRE MOT DE PASSE

ENTREZ VOTRE MOT DE PASSE ET CONFIRMEZ VOTRE MOT DE PASSE

Nouveau client

Étape 6

Vous devez choisir l'option *Créer une nouvelle police d'assurance*.



BIENVENUE JEAN
S'IL VOUS PLAÎT SÉLECTIONNER L'UN DES SERVICES SUIVANTS

-  [Modifier vos informations personnelles](#)
-  [Créer une nouvelle police d'assurance](#)
-  [Historique de transactions](#)

Étape 7

Vous devez cocher l'accord de confidentialité et cliquer *Soumettre et continuer !*

Accord de confidentialité

Le consentement à la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels

Il est entendu que BFL CANADA, suite à sa politique de confidentialité et dans la mesure permise par les lois sur la confidentialité applicables ou d'autres lois, permettra de recueillir, d'utiliser ou de divulguer toutes les informations nécessaires pour le traitement de mon portefeuille d'assurance Jean Verreault ou pour fournir des conseils et / ou la gestion des risques prestations de service.

Il est également entendu que BFL CANADA, communiquera les informations obtenues à des tiers, y compris les compagnies d'assurance, dans le but d'établir la prime et l'évaluation des risques, ainsi que pour les fins de vérification, d'évaluation et de règlement des sinistres.

Il est reconnu que je Jean Verreault a le droit d'accéder à l'information obtenue en vertu du présent accord et de faire corriger, si besoin est.

En cochant cette case, je Jean Verreault reconnaît avoir lu et compris le consentement ci-dessus et expressément consenti ou renouveler mon consentement à la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels à des tiers selon les besoins, y compris les compagnies d'assurance. Je reconnais également que le retrait du consentement peut signifier que BFL CANADA ne peut pas fournir les services que je l'ai demandé.

En cliquant sur cette case et soumettre cette demande à BFL CANADA, je confirme avoir lu et compris l'accord de confidentialité ci-dessus.

Soumettre et continuer !

Étape 8

Vous devez indiquer votre date d'adhésion à l'association FQM, la date effective de votre police, votre adresse de résidence et cliquer sur *Prochain*.

COORDONNÉES

**** IMPORTANT - Vous êtes membre de l'association depuis quelle année? ***

Date

Quelle est votre adresse postale *

Suite Ville *

Email * **Téléphone ***

Date effective de votre police d'assurance

Province *

Code postal *

Nous vous suggérons fortement de communiquer avec l'un de nos courtiers afin d'obtenir plus de renseignements ou d'informations supplémentaires concernant ce programme d'assurances. Contactez Mme Nadia Verreault au 1-800-465-2842 ou par courriel à nverreault@bflcanada.ca

Étape 9

Vous devez répondre aux questions de souscription suivantes:

1- Votre salaire annuel brut relié à vos activités de massothérapeute;

2- Le pourcentage de vos activités à l'extérieur du Canada;

3- L'emplacement de votre pratique;

4- Les types de profession que vous pratiquez.

INFORMATIONS RELATIVES AUX DEMANDEURS

Quels sont vos honoraires professionnels annuels ? *

Honoraires professionnels

Quel est le % de vos activités menées à l'extérieur du Canada? *

Sélectionner

Quel est l'emplacement (s) de votre pratique? *

- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Résidence personnelle | <input type="checkbox"/> Centre de massothérapie | <input type="checkbox"/> Local loué | <input type="checkbox"/> Spa / Centres de soins |
| <input type="checkbox"/> Au domicile des clients | | | |

Type de Profession: *

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Massothérapies | <input type="checkbox"/> Acupression | <input type="checkbox"/> Reiki | <input type="checkbox"/> Shiatsu |
| <input type="checkbox"/> Naturopathie / Naturothérapie | <input type="checkbox"/> Massage sur chaise | <input type="checkbox"/> Kinésithérapie | <input type="checkbox"/> Kinésiologie |
| <input type="checkbox"/> Iridologie | <input type="checkbox"/> Hypnothérapie | <input type="checkbox"/> Chiropractique (< 20%) | <input type="checkbox"/> Travail énergétique |
| <input type="checkbox"/> Thérapie Craniosacral | <input type="checkbox"/> Aromathérapie | <input type="checkbox"/> Réflexologie | <input type="checkbox"/> Yoga |
| <input type="checkbox"/> Tai chi / Qi Gong | <input type="checkbox"/> Soins des pieds | <input type="checkbox"/> Aquaforme | <input type="checkbox"/> Esthétique |
| <input type="checkbox"/> Pilates | <input type="checkbox"/> Yoga Thaïlandais | <input type="checkbox"/> Guérison avec cristaux | <input type="checkbox"/> Touché thérapeutique |
| <input type="checkbox"/> Hydrothérapie | <input type="checkbox"/> Biofeedback | <input type="checkbox"/> Tuina | <input type="checkbox"/> Orthothérapie |
| <input type="checkbox"/> Consultation nutritionnelle | <input type="checkbox"/> Homéothérapie | <input type="checkbox"/> Ionisation | <input type="checkbox"/> Désintoxication |
| <input type="checkbox"/> Médecine chinoise | <input type="checkbox"/> Herbolgie | <input type="checkbox"/> Ostéopathie | <input type="checkbox"/> Acupuncture au laser |
| <input type="checkbox"/> Gua Sha | <input type="checkbox"/> Thermothérapie | <input type="checkbox"/> Moxibustion | <input type="checkbox"/> Ventouse |
| <input type="checkbox"/> Technique Bowen | <input type="checkbox"/> Physiothérapie | <input type="checkbox"/> Chiropractique (>20%) | <input type="checkbox"/> Acupuncture |

Étape 10

Vous devez répondre aux questions de souscription suivantes et cliquer sur *Prochain*.

QUESTIONS DE SOUSCRIPTIONS

1. Au cours des 6 (six) dernières années, avez-vous fait l'objet de réclamation(s) en matière de services professionnels, responsabilité civile ou assurance sur les biens ou êtes-vous en connaissance de faits ou circonstances susceptibles d'entraîner une réclamation ?

Oui Non

2. Est-ce la première fois que vous souscrivez à une assurance de responsabilité professionnelle ?

Oui Non

3. Au cours des 6 (six) dernières années un assureur vous a-t-il refusé, annulé ou non renouvelé une assurance de responsabilité professionnelle ?

Oui Non

4. Est ce que toutes vos opérations sont effectuées au Canada?

Oui Non

Nous vous suggérons fortement de communiquer avec l'un de nos courtiers afin d'obtenir plus de renseignements ou d'informations supplémentaires concernant ce programme d'assurances. Contactez Mme Nadia Verreault au 1-800-465-2842 ou par courriel à nverreault@bflcanada.ca

Précédent

Prochain

Étape 11

Vous devez faire vos choix de garanties d'assurance et cliquer sur *Prochain*.

TARIFS ET COUVERTURES

Date effective de votre police d'assurance

05 févr 2018 [✎](#)

COUVERTURES OBLIGATOIRES

COUVERTURE	LIMITE D'ASSURANCE PAR RÉCLAMATION	FRANCHISE	PRIME ANNUELLE	PRIME PRORATA
Responsabilité Professionnelle	1,000,000.00 \$	250.00 \$ Par réclamation	47 \$	11 \$

COUVERTURE OPTIONNELLE

COUVERTURE	LIMITE D'ASSURANCE PAR RÉCLAMATION	FRANCHISE	PRIME ANNUELLE	PRIME PRORATA
Responsabilité Civile Générale Couverture optionnelle requise ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	--	250.00 \$ Par réclamation	0.00 \$	0.00 \$

COUVERTURE OPTIONNELLE

COUVERTURE	LIMITE D'ASSURANCE PAR RÉCLAMATION	FRANCHISE	PRIME ANNUELLE	PRIME PRORATA
Assurances de biens à usage professionnels Couverture optionnelle requise ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	--	250.00 \$ Par réclamation	0.00 \$	0.00 \$

Nous vous suggérons fortement de communiquer avec l'un de nos courtiers afin d'obtenir plus de renseignements ou d'informations supplémentaires concernant ce programme d'assurances. Contactez Mme Nadia Verreault au 1-800-465-2842 ou par courriel à nverreault@bflcanada.ca

Précédent

Prochain

Étape 12

Vous devez vérifier les protections choisies et cliquer sur *Prochain*.

La plateforme vous confirme à cette étape le montant total à payer.

VÉRIFICATION DES PROTECTIONS

Période d'assurance

05 févr 2018 to 01 mai 2018

COUVERTURES OBLIGATOIRES

COUVERTURE	LIMITE D'ASSURANCE PAR RÉCLAMATION	FRANCHISE	PRIME ANNUELLE
Responsabilité Professionnelle	1,000,000.00\$	250.00 \$ Par réclamation	11.00 \$

Sous-Total de la Prime 25.00\$

Taxes Provinciales (9%) 2.25\$

Frais Honoraires Professionnels 5.00\$

Montant total à payer 32.25\$

Nous vous suggérons fortement de communiquer avec l'un de nos courtiers afin d'obtenir plus de renseignements ou d'informations supplémentaires concernant ce programme d'assurances. Contactez Mme Nadia Verreault au 1-800-465-2842 ou par courriel à nverreault@bflcanada.ca

Précédent

Prochain

Étape 13

Choisissez votre mode de paiement.

Ex. Paiement par carte de crédit :

Cliquez sur PAYER MAINTENANT

Saisissez le numéro de carte de crédit ainsi que la date d'expiration.

Puis, cliquez de nouveau sur PAYER MAINTENANT pour finaliser la transaction.

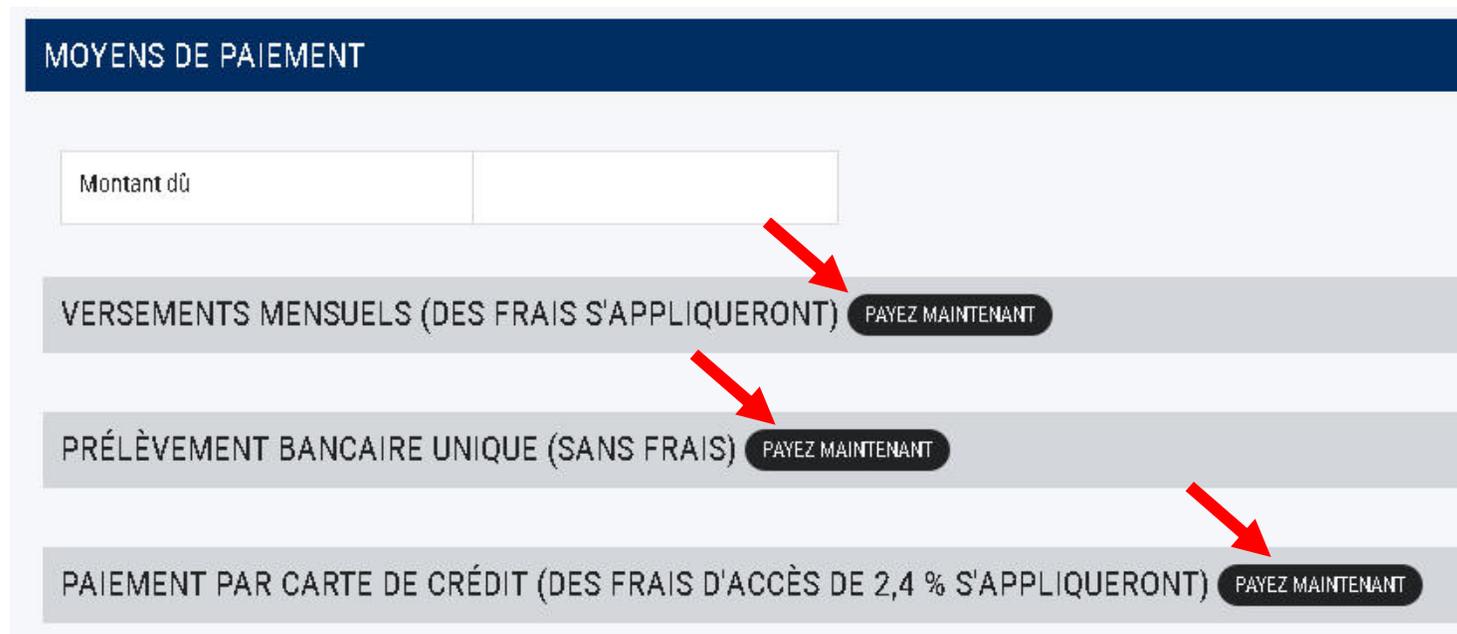
MOYENS DE PAIEMENT

Montant dû

VERSEMENTS MENSUELS (DES FRAIS S'APPLIQUERONT) PAYER MAINTENANT

PRÉLÈVEMENT BANCAIRE UNIQUE (SANS FRAIS) PAYER MAINTENANT

PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT (DES FRAIS D'ACCÈS DE 2,4 % S'APPLIQUERONT) PAYER MAINTENANT

The image shows a payment selection interface. At the top, there is a dark blue header with the text 'MOYENS DE PAIEMENT'. Below this, there is a light gray area with a white input field labeled 'Montant dû'. Underneath the input field, there are three gray buttons, each with a red arrow pointing to it from above. The buttons are: 'VERSEMENTS MENSUELS (DES FRAIS S'APPLIQUERONT) PAYER MAINTENANT', 'PRÉLÈVEMENT BANCAIRE UNIQUE (SANS FRAIS) PAYER MAINTENANT', and 'PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT (DES FRAIS D'ACCÈS DE 2,4 % S'APPLIQUERONT) PAYER MAINTENANT'. The 'PAYER MAINTENANT' text is inside a dark gray rounded rectangle on each button.

Étape 14

Vous devez cliquer sur *Générer certificat*.

Votre certificat d'assurance vous sera transmis automatiquement par courriel.

MOYENS DE PAIEMENT

Montant dû	
Montant payé	
Solde	

*** IMPORTANT - Votre transaction a été complétée avec succès,**
Cliquez sur le bouton **OBTENIR VOTRE CERTIFICAT** pour conclure la transaction et recevoir vos documents par courriel

Précédent Obtenir votre certificat





Pour toutes questions, communiquez avec
Digital au 438 260-1889
digitalsupport@bflcanada.ca

