

**Adhésion à titre de membre associé non certifié avec ARP**  
(Assurance responsabilité professionnelle)

**Admissibilité :**

Un membre associé non certifié avec ARP doit être une personne présentement engagée dans la pratique de la technologie de laboratoire médical au Canada et qui n'est pas autorisée à l'adhésion à titre de membre certifié, mais qui :

- est autorisée à exercer ou enregistrée comme technologiste de laboratoire médical dans une province réglementée conformément à une loi provinciale;
- ou est placée dans un stage clinique approuvé par la SCSLM.

**Vous ne serez pas en mesure de présenter une demande d'adhésion et d'ARP si vous résidez dans une province ou un territoire non réglementé(e) ou en Ontario. Les provinces et les territoires non réglementés comprennent : la Colombie-Britannique, le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon.**

- souscrit une assurance responsabilité professionnelle par l'entremise du courtier d'assurance de la SCSLM au taux établi par la compagnie d'assurance

**Tableau des avantages**

| Abonnement au JCSLM | Programme d'escompte pour les membres | Site Web réservé aux membres | Prix réduits offerts aux membres pour les cours de FC et LABCON | Rabais offerts aux membres sur l'examen de certification | Droit de vote |
|---------------------|---------------------------------------|------------------------------|---|--|---------------|
| OUI                 | OUI                                   | OUI                          | OUI   | OUI*   | NON           |

\*À l'exclusion des non-résidents du Canada

Les membres de la catégorie de membre associé non certifié **ne sont pas automatiquement admissibles** à passer l'examen de certification de la SCSLM. Si vous êtes technologiste de laboratoire médical formé à l'étranger et souhaitez passer l'examen, il faut présenter une demande d'évaluation des connaissances acquises de la SCSLM. Cette évaluation déterminera si votre expérience est équivalente à la norme canadienne.

Pour en savoir plus, veuillez visiter notre site Web à :

<https://csmls.org/Certification/Comment-obtenir-la-certification/Technologistes-de-laboratoire-medical-formes-a-l-e.aspx?lang=fr-CA>

Après avoir réussi l'examen de certification, vous devrez changer votre statut de membre. Nous vous fournirons plus de détails à ce moment-là.

**Déclaration de confidentialité :** J'ai lu l'entente sur la confidentialité et j'accepte les conditions avec les options suivantes :

**Politique de confidentialité :** <https://csmls.org/About-Us/About-CSMLS/Privacy-Policy.aspx?lang=fr-CA>

- Exclure mon nom de la liste envoyée aux partenaires/programmes d'escompte des membres
- Exclure mon nom de la liste envoyée aux associations provinciales partenaires de la SCSLM
- Exclure mon nom de la liste de contacts par courriel pour l'utilisation exclusive de la SCSLM



**Adhésion à titre de membre associé non certifié avec ARP**  
 (Assurance responsabilité professionnelle)

**Déclaration du candidat :**

- La demande d'assurance contre les erreurs et omissions est remplie et ci-jointe.
- Je comprends que ma demande est soumise à l'approbation. La couverture d'assurance commencera à la suite de telle approbation, ce qui peut prendre jusqu'à 10 jours ouvrables.
- Je comprends que l'acceptation de ma demande d'adhésion à titre de membre associé non certifié ne signifie pas que je suis admissible à passer l'examen de certification de la SCSLM.

Signature :

---

Nom (veuillez écrire lisiblement) :

N° ID SCSLM :

---

Les formulaires remplis peuvent être envoyés à notre bureau par la poste, par télécopieur ou par courriel. Vous trouverez les coordonnées de la personne-ressource au bas de la demande.

*\*Veuillez noter que cette demande d'adhésion n'est pas possible en ligne; on doit la traiter au bureau.*

Lorsque votre paiement aura été traité, vous recevrez une confirmation d'adhésion par courriel.

*Les paiements doivent être effectués en dollars canadiens*

*Si votre paiement vous est retourné, des frais d'administration de 25 \$ vous seront prélevés.*

|                    |           |  |
|--------------------|-----------|--|
| Frais d'adhésion : | 136,00 \$ |  |
| Frais d'ARP :      | 475,00 \$ | TVP : MB ajouter 33,25 \$; NL ajouter 71,25 \$; ON ajouter 38,00 \$; |
| TVP :              | _____ \$  | SK ajouter 28,50 \$; QC ajouter 42,75 \$                             |
| TOTAL DES FRAIS:   | ===== \$  | <b>SEULS MB, NL, ON, SK et QC doivent payer la TVP sur l'ARP</b>     |

**L'adhésion annuelle prend fin le 31 décembre de chaque année. Les frais d'adhésion ne sont pas déterminés au prorata. Les frais sont non remboursables et non transférables.**

**Les frais doivent accompagner ce formulaire de demande.**

*Les paiements doivent être effectués en dollars canadiens.*

*Si votre paiement vous est retourné, des frais d'administration de 25 \$ vous seront prélevés.*

|  |   |                 |               |
|--|---|-----------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Chèque (payable à : <b>SCSLM</b> )<br><input type="checkbox"/> Amex <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard<br>Carte de crédit : _____<br>Date d'expiration : _____<br>Nom du titulaire de carte : _____<br>(veuillez écrire lisiblement) | <b>RÉSERVÉ À LA SCSLM</b><br><hr/> Date Proc'd: _____<br><hr/> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%; border: none;">CSMLS ID# _____</td> <td style="width: 20%; border: none;">UsrCrđ: _____</td> </tr> </table> | CSMLS ID# _____ | UsrCrđ: _____ |
| CSMLS ID# _____  | UsrCrđ: _____   |                 |               |



Victor Canada  
500-1400 Blair Towers Place  
Ottawa, Ontario K1J 9B8  
Telephone 613-786-2000  
Facsimile 613-786-2001  
Toll Free 800-267-6684  
www.victorinsurance.ca

# Proposition

## Assurance contre les erreurs et omissions

1. Nom du proposant : \_\_\_\_\_
2. Adresse : \_\_\_\_\_
3. (a) Dans le passé, le proposant a-t-il fait l'objet d'une réclamation ou d'allégations verbales ou écrites de négligence professionnelle? OUI  NON
- (b) Le proposant est-il au courant de faits, de circonstances ou de situations pouvant donner lieu à une réclamation autre que celle mentionnée ci-dessus? OUI  NON

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.

SOUS RÉSERVE DE TOUT AUTRE RECOURS DONT DISPOSE LES ASSUREURS, IL EST ENTENDU QUE, S'IL Y A CONNAISSANCE DE FAITS, DE CIRCONSTANCES OU DE SITUATIONS POUVANT DONNER LIEU À UNE RÉCLAMATION OU À UNE POURSUITE, CES DERNIÈRES SERONT EXCLUES DE LA COUVERTURE VISÉE PAR LA PRÉSENTE ASSURANCE.

### **CONSENTEMENT DU PROPOSANT À L'ÉGARD DE LA TRANSMISSION DE L'INFORMATION FIGURANT DANS LA PROPOSITION**

Par les présentes, je reconnais que mon courtier d'assurance obtient l'information fournie dans la proposition afin de la transmettre à Gestionnaires d'assurance Victor inc. dans l'unique but d'obtenir une police d'assurance, et que cette information sera gardée confidentielle.

En outre, j'autorise Gestionnaires d'assurance Victor inc. ainsi que ses assureurs et fournisseurs de services à faire ce qui suit :

- effectuer des vérifications, en faisant appel à des sources extérieures, à l'égard de l'information figurant dans la proposition, dans les documents joints et dans les documents fournis ultérieurement;
- en présence d'une réclamation, transmettre l'information soumise et vérifiée à des bureaux d'experts en sinistres, à des cabinets d'avocats ou à d'autres bureaux similaires, aux fins des enquêtes, de la préparation de la défense, des négociations ou du règlement de la réclamation qui peuvent être nécessaires.

Pour de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Victor, veuillez vous adresser au dirigeant chargé de la protection des renseignements personnels au [privacypolicyinquiries@victorinsurance.com](mailto:privacypolicyinquiries@victorinsurance.com).

### **DÉCLARATIONS ET SIGNATURE**

Le proposant soussigné de la présente assurance déclare qu'à sa connaissance, les déclarations faites aux présentes sont véridiques et exactes, et que des efforts raisonnables ont été déployés afin d'obtenir l'information suffisante dans le but de remplir adéquatement cette proposition d'assurance. Le soussigné convient que, si des changements importants sont découverts dans la situation du proposant entre la date de la présente proposition et la date d'entrée en vigueur de la police, qui feraient en sorte que la présente proposition serait inexacte ou incomplète, un avis écrit indiquant ces changements sera immédiatement donné au gestionnaire d'assurance.

Bien que la signature de la présente proposition n'engage pas le proposant à la souscription de l'assurance, le proposant soussigné convient également que le présent formulaire de même que les renseignements qu'il renferme formeront le fondement du contrat si une police est émise, et que le présent formulaire sera intégré à la police.

Signature du proposant \_\_\_\_\_

Date (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_