

Formulaire de demande de membre associé non certifié – avec ARP
(L'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;

- souscrit l'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 EP et le	Rabais offerts aux membres sur l'examen de certification	Droit de vote
OUI	OUI	OUI	OUI	OUI*	NON

*Sauf les 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 faire 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/Obtenir-la-certification-Professionnels-formes-a/Les-premiers-pas-vers-la-certification.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

Formulaire de demande de membre associé non certifié – avec ARP
(L'Assurance Responsabilité Professionnelle)

N° ID SCSLM _____

M. Mlle. Mme. Date de naissance MM-JJ-AA _____

Nom: _____

Nom de famille
Prénom
Ancien Nom (le cas échéant)

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postal: _____

Téléphone: _____ Courriel: _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

Nom: _____

(en lettres moulées ci-dessus)

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postal: _____

Téléphone: _____ Courriel: _____

COCHEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT

- Je suis un ancien élève d'un programme de formation de Technologiste de Laboratoire Médical au Canada agréé
- Je suis un client de l'évaluation des connaissances acquises
- Je suis autorisé ou détenteur d'un permis dans une province réglementée. No de permis: _____

Je travaillerai dans le cadre du champ d'activité (fonctions) de technologiste de laboratoire médical.

Le champ d'activité désigne tous les services rendus dans le cadre de vos fonctions à titre de technologiste de laboratoire médical ou d'instructeur de la technologie de laboratoire médical et habituels à la pratique de la technologie de laboratoire médical. Cela comprendra l'exercice d'au moins une des disciplines de laboratoire suivantes selon la formation professionnelle et l'autorisation d'exercer ou la certification de la personne assurée. **Cochez les cases appropriées ci-dessous pour indiquer les domaines de votre emploi.**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chimie clinique | <input type="checkbox"/> Microbiologie clinique | <input type="checkbox"/> Génétique clinique |
| <input type="checkbox"/> Cytologie diagnostique | <input type="checkbox"/> Microscopie électronique | <input type="checkbox"/> Immunologie |
| <input type="checkbox"/> Hématologie | <input type="checkbox"/> Histotechnologie | <input type="checkbox"/> Parasitologie |
| <input type="checkbox"/> Science transfusionnelle | <input type="checkbox"/> Virologie | <input type="checkbox"/> Prélèvement d'échantillons |

Il est obligatoire de cocher cette case et de fournir les renseignements demandés dans la présente section. Je vais exécuter les tâches approuvées par l'autorité de réglementation (une liste détaillée des responsabilités DOIT être annexée à cette demande). Votre demande ne sera pas acceptée sans les documents appropriés.

L'organisme de réglementation m'a imposé une restriction de licence. (Preuve ci-incluse)

Formulaire de demande de membre associé non certifié – avec ARP
(L'Assurance Responsabilité Professionnelle)

Déclaration du candidat :

- La demande Assurance contre les erreurs et omissions est remplie et ci-jointe.
- Je comprends que ma demande est sous réserve de l'approbation. La couverture d'assurance commencera à la suite de telle approbation. L'approbation peut prendre jusqu'à 5 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: _____ Date: _____

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	132,00 \$	
Frais d'ARP	475,00\$	
Taxe	_____	TAXE: ON ajouter 38,00\$ - SK ajouter 28,50\$ - QC ajouter 42,75\$
		SEULS l'ON, SK et du QC doivent payer la taxe provinciale
TOTAL	===== \$	

L'adhésion annuelle prend fin le 31 décembre de chaque année. Les frais d'adhésion ne sont pas déterminés au prorata. Veuillez noter: 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 (Veuillez faire ordre de : SCSLM) <input type="checkbox"/> Amex <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard Carte de crédit: _____ Date d'expiration: _____ Nom du titulaire de carte: _____ (veuillez écrire lisiblement)	CSMLS USE ONLY	
	Date Proc'd: _____	
	CSMLS ID# _____	UsrCrd: _____

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.

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)