

**PROGRAMME DE SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE – PROPOSITION POUR ACTIVITÉS COMPLÈTES
D'UNE STATION THERMALE \ HEALTH & WELLNESS PROGRAM - FULL SPA OPERATIONS APPLICATION**

Page 1 de 10

Nom du courtier \ Broker Name:	Téléphone \ Phone:
Nom du producteur \ Producer Name:	Télécopieur \ Fax:
Courriel \ Email:	

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX \ GENERAL INFORMATION

Dénomination sociale de l'entreprise \ Legal Business Name:		
Adresse de l'emplacement \ Location Address:		
Ville \ City:	Province:	Code postal \ Postal:
Adresse postale (si différente) \ Mailing (if different):		
Ville \ City:	Province:	Code postal \ Postal:
Personne-ressource \ Contact Person:	Courriel \ E-mail:	Adresse du site Web \ Website Address:
N° téléphone \ Phone #:	N° télécopieur \ Fax #:	
N° téléphone résidentiel \ Res. #:	N° téléphone cellulaire \ Cell #:	
Date d'expiration de la police \ Expiry Date of Policy:		
Compagnie d'assurance actuelle \ Current Insurance Company:		

Est-ce qu'une couverture a déjà été annulée \ Risk Ever Been Canceled: ☐ O \ ☐ Y ☐ N

Est-ce que vous, ou toute personne vivant sous votre toit ou ayant librement accès aux lieux ou autres biens assurés, avez déjà fait l'objet de poursuites ou condamnations de quelque nature que ce soit, tant au niveau criminel, pénal ou civil ou autre? \ Do you, or anyone living under your roof or having access to the insured premises or property, ever been prosecuted or convicted in proceedings of any kind, whether they be criminal, penal, civil or other? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

Prime cible \ Target Premium: \$

Nombre d'années en affaires \ # of years in business:	Nombre d'années d'expérience \ # of years experience:
---	---

**VEUILLEZ FOURNIR UN DÉPLIANT DE VOS ACTIVITÉS LORSQUE VOUS PRÉSENTEZ CETTE PROPOSITION
PLEASE PROVIDE A BROCHURE OF YOUR OPERATIONS WHEN YOU SUBMIT THIS APPLICATION**

Est-ce que des réclamations ont été présentées contre la compagnie au cours des cinq dernières années \ Has the company had claims against them in last 5 years? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

Dans l'affirmative, veuillez expliquer \ If yes, please explain:

Au cours des cinq dernières années, une réclamation a-t-elle été présentée contre un membre du personnel (y compris le personnel sous contrat) au cours des cinq dernières années \ Has the any staff (including contract staff) had claims against them in last 5 years? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

Dans l'affirmative, veuillez expliquer \ If yes, please explain:

RENSEIGNEMENTS SUR LES BIENS \ PROPERTY INFORMATION

Décrivez votre emplacement (deux étages, mail linéaire, centre commercial, etc.) \ Describe your location (Two storey, strip plaza, shopping mall, etc.)

Êtes-vous propriétaire du bâtiment \ Do you own the building? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

Superficie totale de vos installations \ Total Area of your Facility: Pi \ Ft

Année de construction du bâtiment \ The Building Age:	Nombre d'étages \ No. of Stories:
---	-----------------------------------

Rénovations récentes \ Latest Update: Toit \ Roof	Chauffage \ Heat:	Plomberie \ Plumbing:	Électricité \ Electric:
---	-------------------	-----------------------	-------------------------

Bornes d'incendie à moins de 500 pieds \ Fire Hydrants within 500 Feet? ☐ O \ ☐ Y ☐ N	Restaurant à moins de deux unités adjacentes \ Restaurant within 2 adjacent units: ☐ O \ ☐ Y ☐ N	Bâtiment muni de gicleurs \ Building Sprinklered? ☐ O \ ☐ Y ☐ N	
--	---	--	--

Système d'alarme relié à une station de télésurveillance \ Monitored Alarm System? ☐ O \ ☐ Y ☐ N	Système d'alarme non relié \ Local Alarm System? ☐ O \ ☐ Y ☐ N	Alarme incendie \ Fire Alarm? ☐ O \ ☐ Y ☐ N	
---	---	--	--

Système de surveillance \ Surveillance System? ☐ O \ ☐ Y ☐ N	Nombre d'extincteurs d'incendie \ # of Fire Extinguishers:
---	--

Les portes sont-elles munies d'un pêne dormant \ Doors have deadbolts? ☐ O \ ☐ Y ☐ N	Grilles de sécurité sur les portes/fenêtres \ Bars on Doors/Windows? ☐ O \ ☐ Y ☐ N
---	---

Qu'est-ce qui se trouve \ What is at -	Devant \ Front:	Derrière \ Back:	Gauche \ Left:	Droite \ Right:
--	-----------------	------------------	----------------	-----------------

CONSTRUCTION DU BÂTIMENT \ CONSTRUCTION OF BUILDING:

«VALEURS DES BIENS» (SI VOUS DEVIEZ REMPLACER LES ARTICLES SUIVANTS AUJOURD'HUI)
"PROPERTY VALUES" (IF YOU HAD TO REPLACE THE FOLLOWING ITEMS TODAY)

Bâtiment (le cas échéant) \ Building (if required)	\$	Équipement \ Equipment	\$
--	----	------------------------	----

**PROGRAMME DE SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE – PROPOSITION POUR ACTIVITÉS COMPLÈTES
D'UNE STATION THERMALE \ HEALTH & WELLNESS PROGRAM - FULL SPA OPERATIONS APPLICATION**

Page 2 de 10

Améliorations locatives \ Leasehold Improvements

\$

Marchandises \ Stock

\$

RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE (c.-à-d., services financiers, matériel loué ou hypothèque)

\ LOSS PAYEE INFORMATION (ie. bank financials, leased equipment or mortgage):

RENSEIGNEMENTS SUR LA RESPONSABILITÉ \ LIABILITY INFORMATION

DESCRIPTION DES ACTIVITÉS \ DESCRIPTION OF OPERATIONS:

Montants de garantie désirés \ Liability Limits Desired: ☐ \$1,000,000 ☐ \$2,000,000 ☐ \$3,000,000 ☐ \$4,000,000 ☐ \$5,000,000

REMARQUE: Pour le moment, nous ne pouvons offrir de garantie pour les services suivants. Veuillez indiquer si ces services sont offerts \ NOTE: we cannot offer coverage for the following services at this time. Please advise if these services are provided:

Physiothérapeute à l'emploi \ Physical Therapist on Staff?	☐ O \ ☐ Y ☐ N	Chiropraticien à l'emploi \ Chiropractors on staff?	☐ O \ ☐ Y ☐ N
Perçages autres que les oreilles et le nez \ Piercings other than Ear \ Nose	☐ O \ ☐ Y ☐ N	Suppression de naevus – Coupe invasive \ Mole Removal – Invasive Cutting	☐ O \ ☐ Y ☐ N
Tatouage – Permanent corporel \ Tattooing – Permanent Body	☐ O \ ☐ Y ☐ N	Suppression d'acrochordon - Coupe invasive \ Skin Tag Removal – Invasive Cutting	☐ O \ ☐ Y ☐ N
Suppression de verrues - Coupe invasive \ Wart Removal – Invasive Cutting	☐ O \ ☐ Y ☐ N		

Soins esthétiques de base \ Basic Esthetics:

Estimation des recettes annuelles brutes \ Estimated Gross Annual Receipts: \$ _____

Exfoliations à l'acide, solution dont la concentration est inférieure à 31 % \ Acid Peels less than 31% solution concentration	☐ O \ ☐ Y ☐ N	Sauna à l'infrarouge et cabines/lits de massage \ Infrared Saunas and massage booths/beds	☐ O \ ☐ Y ☐ N
Acupuncture autre que la moxibustion \ Acupuncture other than Moxibustion Acupuncture	☐ O \ ☐ Y ☐ N	Désintoxication par ionisation \ Ionization detoxification	☐ O \ ☐ Y ☐ N
Acupression \ Acupressure	☐ O \ ☐ Y ☐ N	Iridologie \ Iridology	☐ O \ ☐ Y ☐ N
Lits d'hydromassage \ Aquatic massage beds	☐ O \ ☐ Y ☐ N	Maquillage – non permanent \ Make up – non permanent	☐ O \ ☐ Y ☐ N
Thérapie par la rétroaction biologique \ Biofeedback therapy	☐ O \ ☐ Y ☐ N	Tatouage au henné \ Henna Tattooing	☐ O \ ☐ Y ☐ N
Enveloppement corporel \ Body wraps	☐ O \ ☐ Y ☐ N	Manucure \ pédicures \ Manicure \ pedicures	☐ O \ ☐ Y ☐ N
Harmonie des ondes cérébrales \ Brain wave harmony	☐ O \ ☐ Y ☐ N	(Aucune garantie si le méthacrylate de méthyle est utilisé) \ (No coverage if Methyl Methacrylate (MMA) is used)	
Massage y compris le massage de détente, la massothérapie, le reiki, la réflexologie, et l'aromathérapie, mais ne comprend pas les soins aux enfants âgés de moins de 12 ans et le massage myofascial \ registered massage, Reiki, reflexology, and aromatherapy, but does not include services to children under the age of 12 and Myofascial massage	☐ O \ ☐ Y ☐ N		
Traitement de la cellulite autre que pour la perte de poids \ Cellulite treatment other than cellulite reduction weight loss	☐ O \ ☐ Y ☐ N	Libération émotionnelle neurologique \ Neuro emotional Clearing	☐ O \ ☐ Y ☐ N
Irrigation du colon \ Colon irrigation	☐ O \ ☐ Y ☐ N	PNL – Programmation neurolinguistique \ NLP – Neurolinguistic Programming	☐ O \ ☐ Y ☐ N
Cônage d'oreille \ Ear candling	☐ O \ ☐ Y ☐ N	Consultation en nutrition uniquement dans le but de suivre le Guide alimentaire canadien \ Nutritional consulting to follow the Canada Food Guide only	☐ O \ ☐ Y ☐ N
Soins énergétiques \ Energy healing	☐ O \ ☐ Y ☐ N	Oxygénothérapie autre que les chambres hyperbares \ Oxygen treatments other than hyperbaric chambers	☐ O \ ☐ Y ☐ N
Électrolyse \ Electrolysis	☐ O \ ☐ Y ☐ N	Perçage – oreilles et nez seulement \ Piercing – ears and nose only	☐ O \ ☐ Y ☐ N
TLE – Technique de libération émotionnelle \ Clearing \ EFT – Emotional Freedom Technique \ Clearing	☐ O \ ☐ Y ☐ N	Guérison chamanique \ Shamanic healing	☐ O \ ☐ Y ☐ N
Teinture des sourcils \ Eyebrow Tinting	☐ O \ ☐ Y ☐ N	Bronzage par pulvérisation \ Spray tanning	☐ O \ ☐ Y ☐ N
Soins du visage \ Facials	☐ O \ ☐ Y ☐ N	Tatouage par pulvérisation \ Spray tattooing	☐ O \ ☐ Y ☐ N
Tatouage scintillant – non permanent \ Glitter Tattooing – non permanent	☐ O \ ☐ Y ☐ N	Épilation au sucre \ Sugaring	☐ O \ ☐ Y ☐ N
Coupe de cheveux et services connexes autres que les rallonges capillaires \ Hair cutting and related services other than hair extensions	☐ O \ ☐ Y ☐ N	Épilation au fil \ Threading	☐ O \ ☐ Y ☐ N
Ajustement/ventes de prothèses et rallonges capillaires \ Wig/hair piece fitting \ sales	☐ O \ ☐ Y ☐ N	Lits de tonification \ Toning beds	☐ O \ ☐ Y ☐ N
Machine d'hydratation \ Hydration machine	☐ O \ ☐ Y ☐ N	Suppression de verrues par solution seulement \ Wart removal by solution only	☐ O \ ☐ Y ☐ N
Chambres de flottaison au sel – hydrothérapie \ Hydrotherapy salt floatation chambers	☐ O \ ☐ Y ☐ N	Épilation à la cire \ Waxing	☐ O \ ☐ Y ☐ N
Hypnothérapie autre que pour la régression dans les vies antérieures et le divertissement \ Hypnotherapy other than for past life regression and entertainment	☐ O \ ☐ Y ☐ N		

PROGRAMME DE SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE – PROPOSITION POUR ACTIVITÉS COMPLÈTES
D'UNE STATION THERMALE \ HEALTH & WELLNESS PROGRAM - FULL SPA OPERATIONS APPLICATION

Page 3 de 10

Soins esthétiques milieu de gamme \ Mid-Range Esthetics

Machines Arasy \ Arasy machines ☐ O ☐ Y ☐ N

Exfoliations à l'acide, solution dont la concentration est supérieure à 30%, mais inférieure à 61% ☐ O ☐ Y ☐ N
 \ Acid peels greater than 30% but less than 61% solution concentration

Appareil de mise en forme par vibration du corps ☐ O ☐ Y ☐ N
 \ Body vibration fitness machines

Électrocoagulation \ Electrocoagulation ☐ O ☐ Y ☐ N

SEM – Stimulation électromusculaire y compris le traitement par Acuscope et Myopulse ☐ O ☐ Y ☐ N
 \ EMS – Elector Muscular Stimulation including Acuscope and Myopulse

Endermologie \ Endermologie ☐ O ☐ Y ☐ N

Isométrie fluide \ Fluid Isometrics ☐ O ☐ Y ☐ N

Différentes activités au laser \ LIP \ LPE \ ELC, sans inclure les traitements au laser à des fins autres que les soins capillaires et de la peau ☐ O ☐ Y ☐ N
 \ Laser \ IPL \ EPL \ LHE various operations but not including laser treatments for purposes other than skin and hair treatment

TLFI et LLLT – traitement au laser de faible intensité pour la perte et le gain de poids, pour le traitement des dépendances, des maladies mentales, et pour atténuer la douleur ☐ O ☐ Y ☐ N
 \ LILT & LLLT – low intensity laser therapy for weight reduction and gain, addictions, mental illness and pain reduction

Traitement par micro-courant \ Micro current treatment ☐ O ☐ Y ☐ N

Microdermabrasion \ Microdermabrasion ☐ O ☐ Y ☐ N

Estimation des recettes annuelles brutes \ Estimated Gross Annual Receipts: \$ _____

Micropigmentation \ Micropigmentation ☐ O ☐ Y ☐ N

Suppression de naevus uniquement à l'aide d'une solution \ Mole removal by solution only ☐ O ☐ Y ☐ N

Massage myofascial \ Myofascial massage ☐ O ☐ Y ☐ N

Traitements par radiofréquences \ Radio frequency treatments ☐ O ☐ Y ☐ N

Sclérothérapie \ Sclerotherapy ☐ O ☐ Y ☐ N

Puncture de la peau et micropuncture \ Skin and micro needling ☐ O ☐ Y ☐ N

Suppression d'acrochordons par solution ou laser \ Skin tag removal by solution or laser ☐ O ☐ Y ☐ N

Blanchissement des dents \ Teeth whitening ☐ O ☐ Y ☐ N

Thermolyse \ Thermolysis ☐ O ☐ Y ☐ N

Thermo-Lo \ Thermo-Lo ☐ O ☐ Y ☐ N

Vibrodermabrasion \ Vibrodermabrasion ☐ O ☐ Y ☐ N

Soins esthétiques haut de gamme \ High End Esthetics:

Réduction de la cellulite et remodelage et amincissement corporels au moyen d'un dispositif électronique \ Cellulite reduction and body contouring and slimming by electronic device ☐ O ☐ Y ☐ N

Diagnostics par biorésonance \ Bio resonance diagnostics ☐ O ☐ Y ☐ N

Suppression de tatouage par laser/LIP/LPE/ELC \ Tattoo removal by Laser/IPL/EPL/LHE ☐ O ☐ Y ☐ N

Injections corporelles à des fins esthétiques, y compris, mais sans s'y limiter, les traitements au Botox, Juvederm \ Body injections for cosmetic purposes, including but not limited to Botox, Juvederm ☐ O ☐ Y ☐ N

Traitements Restylane et Teosyal \ Restylane, and Teosyal treatment ☐ O ☐ Y ☐ N

Services professionnels divers

\ Miscellaneous Professional Services:

Trempeage des cils \ Eyelash Dipping ☐ O ☐ Y ☐ N

Extensions de cils \ Eyelash Extensions ☐ O ☐ Y ☐ N

Teinture des cils \ Eyelash Tinting ☐ O ☐ Y ☐ N

Rallonges capillaires \ Hair Extensions ☐ O ☐ Y ☐ N

Estimation des recettes annuelles brutes \ Estimated Gross Annual Receipts: \$ _____

Bronzage – rayons UV et pulvérisation \ Tanning – UV and Spray ☐ O ☐ Y ☐ N

Bijoux à dents \ Tooth gems ☐ O ☐ Y ☐ N

Prothèses capillaires – non fixées avec un adhésif \ Wigs – Not attached by adhesive ☐ O ☐ Y ☐ N

Activités d'enseignement \ Teaching Operations:

Enseignement et étudiants offrant des services au public sous supervision ☐ O ☐ Y ☐ N
 \ Teaching and students offering service(s) to the public while under supervision

Estimation des recettes annuelles brutes \ Estimated Gross Annual Receipts: \$ _____

Autres activités \ Other Operations:

☐ O ☐ Y ☐ N Dans l'affirmative, veuillez préciser \ If yes, please describe: _____

INSTALLATIONS AQUATIQUES \ WET AREAS

Estimation des recettes annuelles brutes \ Estimated Gross Annual Receipts: \$ _____

Tremplins \ Diving Boards ☐ O ☐ Y ☐ N

Y a-t-il des glissades \ Are there any Slides? ☐ O ☐ Y ☐ N

Produits chimiques vérifiés quotidiennement \ Chemicals Tested Daily ☐ O ☐ Y ☐ N

Spa/Bain tourbillon/Sauna/Bain de vapeur \ HotTub/Whirl Pool/Sauna/Steam room ☐ O ☐ Y ☐ N

Nombre d'unités \ # of units _____

DESCRIPTION DES ACTIVITÉS \ DESCRIPTION OF OPERATIONS

**PROGRAMME DE SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE – PROPOSITION POUR ACTIVITÉS COMPLÈTES
D'UNE STATION THERMALE \ HEALTH & WELLNESS PROGRAM - FULL SPA OPERATIONS APPLICATION**

Page 4 de 10

Utilisez-vous une friteuse \ Do you use a deep fat fryer? ☐ O \ ☐ Y ☐ N Servez-vous de l'alcool dans le cadre de votre service \ Do you ever serve alcohol as part of your service? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

Casse-coûte sur les lieux \ Snack Bar on Premises? ☐ O \ ☐ Y ☐ N Louez-vous de l'espace à des entreprises connexes \ Do you rent space to associated businesses? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

Dans l'affirmative, veuillez expliquer \ If yes, Please describe:

Accueillez-vous des spécialistes qui mènent des activités additionnelles sur les lieux \ Do you bring any specialists into your premise to provide additional operations? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

Dans l'affirmative, veuillez expliquer \ If yes, Please describe:

Menez-vous des activités hors des lieux \ Are there any operations or activities away from the premises? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

Dans l'affirmative, veuillez expliquer \ If yes, Please describe:

Offrez-vous des services de défrisage des cheveux \ Do you provide any permanent hair straightening operations? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

Dans l'affirmative, veuillez fournir le nom des produits utilisés \ If yes, please provide name of products used:

Veillez confirmer si l'un de ces produits contient du formaldéhyde \ Please confirm if any of these products contain any formaldehyde? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

Veillez décrire toutes les procédures de stérilisation \ prévention de contamination croisée
\ Please describe all sterilization \ cross-contamination prevention procedures:

Est-ce que l'une des activités suivantes est menée \ Are any of the following operations conducted:

Électrolyse ☐ O \ ☐ Y ☐ N → Dans l'affirmative, veuillez remplir la proposition complémentaire pour l'électrolyse
\ Electrolysis \ If yes, please complete the Electrolysis Supplementary application

Massothérapie ☐ O \ ☐ Y ☐ N → Dans l'affirmative, veuillez remplir la proposition complémentaire pour les massages
\ Massage - Registered \ If yes, please complete the Massage Supplementary application

Massage – non agréé ☐ O \ ☐ Y ☐ N → Dans l'affirmative, veuillez remplir la proposition complémentaire pour les massages
\ Massage - Non-Registered \ If yes, please complete the Massage Supplementary application

Microdermabrasion ☐ O \ ☐ Y ☐ N → Dans l'affirmative, veuillez remplir la proposition complémentaire pour la microdermabrasion
\ Microdermabrasion \ If yes, please complete the Microdermabrasion Supplementary application

Lits et cabines de bronzage ☐ O \ ☐ Y ☐ N → Dans l'affirmative, veuillez remplir la proposition complémentaire pour le bronzage
\ Tanning Beds & Booths \ If yes, please complete the Tanning Supplementary application

Traitement au laser/LIP ☐ O \ ☐ Y ☐ N → Dans l'affirmative, veuillez remplir la proposition complémentaire pour le laser/LIP
\ Laser \ IPL Treatment \ If yes, please complete the Laser/IPL Supplementary application

Soins par injection ☐ O \ ☐ Y ☐ N → Dans l'affirmative, veuillez remplir la proposition complémentaire pour les injections
\ Injectable Services \ If yes, please complete the Injectable Supplementary application

Veillez remplir cette section pour TOUS les employés à temps plein et contractuels \ Please Complete This Section for ALL Full Time & Contract Employees.

Nombre d'employés à temps plein (T \ F) \ # of Full time (F \ T) Employees?

Nombre d'employés à temps partiel (T \ P) \ # of Part time (P \ T) Employees?

Nombre d'employés à contrat \ # of Contract People?

NOM \ NAME	ANNÉES D'ÉTUDES \ YEARS OF EDUCATION	ANNÉES D'EXPÉRIENCE \ YEARS OF EXPERIENCE	ACTIVITÉS DE CHAQUE INDIVIDU \ OPERATIONS OF EACH INDIVIDUAL	T/P, T/P OU CONTRAT \ F/T, P/T OR CONTRACT	CERTIFICAT ANNEXÉ \ CERTIFICATION ATTACHED?

- ASSURÉ SUPPLÉMENTAIRE (c.-à-d., propriétaire) \ ADDITIONAL INSURED (i.e.: landlord):

**** RESPONSABILITÉ CIVILE EN MATIÈRE DE CYBERRISQUES \ CYBER LIABILITY ****

Est-ce que la compagnie conserve des renseignements médicaux sur la santé des clients
\ Does the Company store any medical \ health information for clients? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

• Dans l'affirmative, est-ce que la compagnie se conforme aux normes minimales LPRPDE (chiffrement et pare-feu en place)
\ • If yes, does the Company follow the minimum standards under the HIPAA (encryption and firewalls in place)? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

**PROGRAMME DE SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE – PROPOSITION POUR ACTIVITÉS COMPLÈTES
D'UNE STATION THERMALE \ HEALTH & WELLNESS PROGRAM - FULL SPA OPERATIONS APPLICATION**

Page 5 de 10

▪ Des montants de garantie supérieurs peuvent être disponibles, veuillez communiquer avec votre souscripteur pour obtenir plus de détails \ Higher cyber limits Higher cyber limits may be available, please contact your underwriter for details.

REMARQUE \ PLEASE NOTE:

Le proposant s'engage à informer la compagnie de tous changements importants relatifs aux réponses aux questions de ce questionnaire qui pourraient survenir pendant que la présente police est en vigueur et reconnaît aussi que les demandes de règlement peuvent être rejetées si les renseignements relatifs à ces changements importants n'ont pas été fournis. \ The applicant agrees to notify the company of any material changes in the answers to the questions on this questionnaire which may arise during the course of this policy issued and further understands that claims may be denied if information regarding these material changes was not provided.

Le présent questionnaire a pour but de faciliter le processus de souscription. Les renseignements contenus aux présentes sont invoqués expressément à l'appui de la détermination de l'assurabilité. Le soussigné, pour ces motifs, garantit que les renseignements contenus aux présentes sont, au mieux de sa connaissance et de sa croyance, véridiques et exacts. Le présent questionnaire et la proposition constituent la base de toute police d'assurance émise et font partie intégrante de ladite police. \ The purpose of this questionnaire is to assist in the underwriting process. Information contained herein is specifically relied on in determination of insurability. The under-signed, therefore, warrants that the information contained herein is true and accurate to the best of his/her knowledge, information, and belief. This questionnaire and the application shall be the basis of any insurance policy that be issued and will be part of such policy.

Un rapport sur le consommateur qui comporte des renseignements personnels, sur le crédit, factuels ou relatifs à une enquête au sujet du proposant peut être demandé dans le cadre de cette proposition d'assurance ou tout renouvellement, prolongation ou modification. Bien que la signature du présent formulaire n'engage ni le proposant à la souscription de l'assurance ou ni l'assureur à accepter le risque, il est convenu que le présent formulaire constitue la base du contrat advenant l'émission de la police. Conformément à la Loi sur les sociétés d'assurance du Canada, tout document sera émis dans le cadre des activités d'assurance des souscripteurs de Lloyd's au Canada. \ A consumer report containing personal, credit, factual or investigative information about the applicant may be sought in connection with this application for insurance or any renewal, extension or variation thereof. Signing of this form does not bind the Applicant to purchase the insurance or the Insurer to accept the risk, but it is agreed that this form shall be the basis of the contract should a policy be issued. For purposes of the Insurance Companies Act (Canada), any document would be issued in the course of Lloyd's Underwriters' insurance business in Canada.

Signature de l'assuré \ Insured Signature:

Date:

Signature du courtier \ Broker Signature:

Date:

Premier Canada Managers Assurance Ltd est l'un des plus importants agents de gestion de souscription du Canada. L'assureur qui souscrit l'assurance varie selon le secteur d'activité et la région – veuillez consulter le devis concerné pour connaître les conditions particulières de la compagnie d'assurance qui souscrit /des compagnies d'assurance qui souscrivent l'assurance. \ Premier Canada Assurance Managers Ltd. is one of Canada's largest Managing Underwriting Agents. The underwriting insurance carrier varies by line of business and region - please refer to specific quote for declaration of the underwriting insurance company(s).

**** Proposition par courriel et pièce(s) jointe(s) à \ Email application and attachments to - Nouvelleentreprise@premiergroup.ca****

Région du Québec - Téléphone 450.497.0016

\ Region of Québec – Telephone 450.497.0016

Sans Frais 1.877.497.0016

\ Toll Free 1.877.497.0016

**PROGRAMME DE SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE – PROPOSITION POUR ACTIVITÉS COMPLÈTES
D'UNE STATION THERMALE \ HEALTH & WELLNESS PROGRAM - FULL SPA OPERATIONS APPLICATION**

Page 6 de 10

PROPOSITION COMPLÉMENTAIRE POUR L'EXFOLIATION À L'ACIDE \ ACID PEELS SUPPLEMENTARY APPLICATION

- Est-ce que vous stérilisez l'équipement \ Do you sterilize equipment? ☐ O \ ☐ Y ☐ N
- Est-ce que tous les membres du personnel portent des gants stérilisés lorsqu'ils prodiguent des soins
\ Does all staff wear sterilized gloves when performing services? ☐ O \ ☐ Y ☐ N
- Est-ce que vous offrez des exfoliations moyennes \ Do you provide Medium Peels? ☐ O \ ☐ Y ☐ N
- Est-ce que vous offrez des exfoliations profondes \ Do you provide Deep Peels? ☐ O \ ☐ Y ☐ N
- Est-ce qu'une réclamation a déjà été présentée contre vous \ Have you ever had a claim made against you? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

Dans l'affirmative, veuillez expliquer \ If so, please advise:

PROPOSITION COMPLÉMENTAIRE POUR L'ÉLECTROLYSE \ ELECTROLYSIS SUPPLEMENTARY APPLICATION

- Est-ce que vous stérilisez l'équipement \ Do you sterilize equipment? ☐ O \ ☐ Y ☐ N
- Est-ce que tous les membres du personnel portent des gants stérilisés lorsqu'ils prodiguent des soins
\ Does all staff wear sterilized gloves when performing services? ☐ O \ ☐ Y ☐ N
- Est-ce que vous utilisez des embouts jetables pour chaque nouveau client \ Do you use disposable tips for each new client? ☐ O \ ☐ Y ☐ N
- Est-ce qu'une réclamation a déjà été présentée contre vous \ Have you ever had a claim made against you? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

Dans l'affirmative, veuillez expliquer \ If so, please advise:

PROPOSITION COMPLÉMENTAIRE POUR LES INJECTIONS \ INJECTABLE SUPPLEMENTAL APPLICATION

Veuillez remplir cette section pour TOUS les employés et sous-traitants qui prodiguent des soins par injection

\ Please Complete This Section for ALL Employees & Sub-Contractors who perform Injectable services:

Nombre d'employés à temps plein (T \ P)

Nombre d'employés à temps partiel

Nombre d'employés sous contrat

\ # of Full time (F \ T) Employees?

\ # of Part time (P \ T) Employees?

\ # of Contract People?

NOM \ NAME	ANNÉES D'ÉTUDES \ YEARS OF EDUCATION	ANNÉES D'EXPÉRIENCE \ YEARS OF EXPERIENCE	SOUSCRIT À UNE ASSURANCE POUR CE SERVICE \ HAVE THEIR OWN INSURANCE FOR THIS SERVICE	EST-CE QUE CET INDIVIDU EST UN MÉDECIN \ IS THIS PERSON A DOCTOR	EST-CE QUE CET INDIVIDU EST UNE INFIRMIÈRE AUTORISÉE \ IS THIS PERSON A REGISTERED NURSE

GARANTIE DISPONIBLE

\ COVERAGE AVAILABLE

**** VEUILLEZ COCHER LES SOINS APPLICABLES **** \ ** PLEASE CHECK APPLICABLE SERVICES

**** VEUILLEZ INDIQUER QUELLE PERSONNE PRODIGUE LE SOIN (M = médecin et I = Infirmière)**

\ ** PLEASE ADVISE WHO PERFORMS SERVICE (D = doctor & N = Nurse)

**** S.O. désigne les soins que nous ne pouvons offrir \ ** N \ A means that we cannot offer this service**

Aquamid		Bio-Alcamid		Belkya - Injections d'acide déoxychologique \ Belkya Deoxycholic Injections	
Bioinblue		Botox – Vistabel		Botox/Dysport/Xeomin/Azzalure /Neurobloc Bocouture	
Dermadeep		Dermalive		Elastence	
Lèvres Emervel/Injection classique pour accroître le volume \ Emervel Lips/Volume Classic injection		Esthéris (de base, molle, glycérol) \ Esthéris Basic \ Soft \ Glycerol)		Evolence	
Evolution		Hydra-Fill 1/2/3/Softline/Softline Max		Hylaform/Fineline/plus	
IAL-System		Juvederm Ultra (24)		Juvederm Ultra XC	
Juvederm Ultra Plus (30)		Juvederm Ultra Plus XC		Juvederm Refine	
Juvederm Volift/Volbella		Laresse		Matridex	
Matridur		Outline		Phiderma SR	
Puragen/Puragen Plus		Radiesse		Ravenesse	
Ravenesse Ultra		Redexis		Redexis Ultra	
Restylane/Touch/Perlane/Lipp (Restylane Lidocaine/Vital)		Restylane (volume des lèvres, rajeunissement) \ Restylane Lip Volume/Refresh		Restylane SubQ	
Reviderm Intra		Sculptra (acide polylactique \ Poly L Lactic Acid)		Surgiderm 18/24XP/30/30XP/Surgilips	

**PROGRAMME DE SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE – PROPOSITION POUR ACTIVITÉS COMPLÈTES
D'UNE STATION THERMALE \ HEALTH & WELLNESS PROGRAM - FULL SPA OPERATIONS APPLICATION**

Page 7 de 10

Surgilift Plus		Teosyal (sublimateurs, essentiels, volumateurs, spécifiques) \ Teosyal Global Action \ Touch Up \ First Lines \ Deep Lines \ Kiss \ Ultra Deep \ Pure Sense \ Redensity		Teosyal Voluma	
Teoyal Pure Sense Ultimate		Voluma		Viscontour	
Zyderm 1/2/Zyplast					

Est-ce que des réclamations ont été présentées contre la compagnie au cours des cinq dernières années

☐ O \ ☐ Y ☐ N

\ Has the company had claims against them in last 5 years?

Est-ce que des réclamations ont été présentées contre un membre du personnel (y compris le personnel sous contrat)

☐ O \ ☐ Y ☐ N

au cours des cinq dernières années \ Has the any staff (including contract staff) had claims against them in last 5 years?

Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus, veuillez fournir les détails complets sur la page de couverture

\ If yes to either of the above questions, please list full details on the cover page.

PROGRAMME DE SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE – PROPOSITION POUR ACTIVITÉS COMPLÈTES
D'UNE STATION THERMALE \ HEALTH & WELLNESS PROGRAM - FULL SPA OPERATIONS APPLICATION

Page 8 de 10

PROPOSITION COMPLÉMENTAIRE POUR LE LASER \ LASER SUPPLEMENTARY APPLICATION

★ VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ★ \ ★ PLEASE COMPLETE ALL QUESTIONS ★

★ SI VOUS AVEZ BESOIN D'ESPACE SUPPLÉMENTAIRE, VEUILLEZ AJOUTER DES PAGES ADDITIONNELLES AU BESOIN ★
 \ ★ IF YOU REQUIRE ADDITIONAL SPACE, PLEASE ADD ADDITIONAL PAGES AS NECESSARY ★

Veillez indiquer **SI** et **COMMENT** vous offrez les services suivants (Veillez cocher toutes les activités applicables)

\ Please advise **IF** and **HOW** you provide the following operations (Please check all lines of operations):

SOIN \ SERVICE	LASER		LUMIÈRE PULSÉE/ LIP \ PULSE LIGHT \ IPL	
	OUI \ YES	NON \ NO	OUI \ YES	NON \ NO
Acné \ Acne	☐	☐	☐	☐
Traitement au laser endoveineux \ Endovenous Laser Treatment	☐	☐	☐	☐
Veines des jambes \ Leg Veins	☐	☐	☐	☐
Psoriasis et vitiligo \ Psoriasis & Vitiligo	☐	☐	☐	☐
Restauration de l'épiderme \ Skin Resurfacing	☐	☐	☐	☐
Repigmentation esthétique \ Cosmetic Re-pigmentation	☐	☐	☐	☐
Épilation \ Hair Removal	☐	☐	☐	☐
Lésions pigmentées \ Pigmented Lesions	☐	☐	☐	☐
Lésions vasculaires \ Vascular Lesions	☐	☐	☐	☐
Traitement de la cellulite \ Cellulite Treatment	☐	☐	☐	☐
Autres (veuillez préciser) \ Other (please describe)	☐	☐	☐	☐

****Veillez fournir le nom des employés qui offrent le traitement au laser ou le traitement de la cellulite et indiquer leur expérience **

****Please provide all operators who provide laser treatment or cellulite treatment and their experience:**

PERSONNE QUI PRODIGUE LE TRAITEMENT AU LASER \ NAME PERSON PROVIDING LASER TREATMENT	ANNÉES D'ÉTUDES \ YEARS OF EDUCATION	ANNÉES D'EXPÉRIENCES/ QUALIFICATIONS \ YEARS EXPERIENCE/ QUALIFICATION	RÉCLAMATIONS ANTÉRIEURES PRÉSENTÉES CONTRE CHAQUE INDIVIDU (VEUILLEZ FOURNIR UNE BRÈVE DESCRIPTION) \ ANY PRIOR CLAIMS MADE AGAINST EACH INDIVIDUAL (PLEASE GIVE BRIEF DETAILS)

****Veillez compléter cette section pour tous les appareils utilisés pour le traitement au laser \ cellulite (veuillez énumérer les petits appareils portatifs séparément \ **Complete this section for all laser \ cellulite machines (please list additional hand pieces separately):**

MARQUE \ MAKE	MODÈLE \ MODEL	ÂGE \ AGE	VALEUR À NEUF ACTUELLE EN \$ CANADIEN \ CURRENT REPLACEMENT COST IN CANADIAN \$\$
		Années \ Yrs.	\$
		Années \ Yrs.	\$
		Années \ Yrs.	\$
		Années \ Yrs.	\$
		Années \ Yrs.	\$
		Années \ Yrs.	\$

**PROGRAMME DE SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE – PROPOSITION POUR ACTIVITÉS COMPLÈTES
D'UNE STATION THERMALE \ HEALTH & WELLNESS PROGRAM - FULL SPA OPERATIONS APPLICATION**

Page 9 de 10

Veuillez répondre à toutes les questions \ Please answer all questions:

1. Veuillez encercler les types de peau pour lesquels vous offrez des services de traitement au laser
\ Please circle what skin types you provide services on for the laser treatments:

Selon l'échelle de Fitzpatrick \ As per the Fitzpatrick Scale: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

2. Procédez-vous à un test cutané avant les traitements au laser \ Do you complete a skin patch test prior to laser treatments? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

3. Quel est le délai d'attente, après le test cutané, avant de prodiguer le traitement au laser
\ How long do you wait after the patch test to perform laser treatment? _____

4. Portez-vous des gants chirurgicaux lorsque vous prodiguez des traitements au laser auprès de clients
\ Do you wear surgical gloves when providing laser services to clients? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

5. Est-ce que vos clients doivent porter des lunettes de protection durant les traitements au laser
\ Does your client wear protective eyewear during laser services? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

6. Conservez-vous une copie des fiches de soins aux clients \ Do you keep copies of all client service records? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

7. Pendant combien d'années ces fiches sont-elles archivées \ How many years is service records kept on file? _____ années \ years

8. Un formulaire de renonciation est-il signé, daté et conservé au dossier? (Veuillez joindre une copie)
\ Is a waiver signed, dated and kept on record? (please attach a copy) ☐ O \ ☐ Y ☐ N

9. Pendant combien d'années les formulaires de renonciation sont-ils archivés \ How many years are waivers kept on file? _____ années \ years

10. Expliquez-vous les étapes au client avant un traitement au laser \ Do you explain to the client what steps to take prior to any laser treatment? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

Veuillez expliquer \ Please describe:

11. À quelle fréquence calibrez-vous vos appareils \ How often do you calibrate your machines? _____

12. Offrez-vous des traitements au laser hors des lieux \ Do you provide any off-site laser treatments? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

Dans l'affirmative, veuillez inscrire toutes les emplacements, tous les modes de transport de l'équipement et la fréquence des traitements prodigués hors des lieux \ If yes, list all locations, methods of transporting equipment and frequency of all off-site treatments:

Premier Canada Managers Assurance Ltd est l'un des plus importants agents de gestion de souscription du Canada. L'assureur qui souscrit l'assurance varie selon le secteur d'activité et la région – veuillez consulter le devis concerné pour connaître les conditions particulières de la compagnie d'assurance qui souscrit \ des compagnies d'assurance qui souscrivent l'assurance. \ Premier Canada Assurance Managers Ltd. is one of Canada's largest Managing Underwriting Agents. The underwriting insurance carrier varies by line of business and region - please refer to specific quote for declaration of the underwriting insurance company(s).

**** Proposition par courriel et pièce(s) jointe(s) à \ Email application and attachments to nouvelleentreprise@premiergroup.ca ****

Région du Québec - Téléphone 450.497.0016

\ Region of Québec – Telephone 450.497.0016

Sans Frais 1.877.497.0016

\ Toll Free 1.877.497.0016

PROGRAMME DE SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE – PROPOSITION POUR ACTIVITÉS COMPLÈTES

Page 10 de 10

D'UNE STATION THERMALE \ HEALTH & WELLNESS PROGRAM - FULL SPA OPERATIONS APPLICATION

PROPOSITION SUPPLÉMENTAIRE POUR LE SALON DE BRONZAGE \ TANNING SALON SUPPLEMENTARY APPLICATION

INFORMATION RELATIVE À LA RESPONSABILITÉ – Les montants de garantie seront les mêmes que pour les principales activités que vous avez fournies \ LIABILITY INFORMATION – Limits will be the same as the main operations that you have provided.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉQUIPEMENT \ EQUIPMENT INFORMATION	Nombre d'unités \ # of Units	Type de minuterie (numérique, monnayeur, jeton, manuelle, etc.) \ Type of Timer (digital, coin, token, manual, etc.)
LITS \ BEDS		
CABINES \ BOOTHS		
CABINES DE VAPORISATION \ SPRAY BOOTHS		
PISTOLET À AIR \ AIR BRUSH		

Âge moyen des lits

Âge moyen des cabines

Qui changent les ampoules

\ Average age of beds?

\ Average Age of Booths?

\ Who Changes the Bulbs?

Offrez-vous des massages \ Is there any massage offered

☐ O \ ☐ Y ☐ N

Les clients reçoivent-ils des consignes relatives au bronzage \ Are clients given tanning instructions?

☐ O \ ☐ Y ☐ N

Est-ce que tous les clients signent un avis de renonciation \ Do all client sign waivers?

☐ O \ ☐ Y ☐ N

Est-ce que tous les clients sont soumis à une analyse de la peau \ Do all clients complete skin analysis?

☐ O \ ☐ Y ☐ N

Est-ce que certains lits fonctionnent avec des jetons \ Do any beds operate by tokens?

☐ O \ ☐ Y ☐ N

Est-ce que certains lits fonctionnent avec de la monnaie \ Do any beds operate by coins?

☐ O \ ☐ Y ☐ N

Les clients doivent-ils porter des lunettes de protection \ Are clients required to wear goggles?

☐ O \ ☐ Y ☐ N

Y a-t-il des enseignes qui indiquent que le port de lunettes de protection est obligatoire \ Are signs posted to wear goggles?

☐ O \ ☐ Y ☐ N

La feuille de présence sur laquelle les clients apposent leurs initiales avant chaque séance indique-t-elle que « Les clients doivent porter des lunettes de protection »

\ Does the sign in sheet that clients initial prior to each session state that "Clients Must Wear Eye Goggles"?

☐ O \ ☐ Y ☐ N

Les membres du personnel ont-ils reçu la certification Smart Tan ou une certification équivalente

\ Are the Tanning Staff Smart Tan or Equivalent Certified?

☐ O \ ☐ Y ☐ N

Le matériel est-il inspecté et nettoyé après chaque usage \ Is Equipment Inspected and Cleaned After Each Use?

☐ O \ ☐ Y ☐ N

Qui établit la durée pendant laquelle le client peut se faire bronzer sur le lit

\ Who sets the amount of time a client is able to tan on each bed?

☐ CLIENT ou \ or ☐ PERSONNEL \ STAFF

À quel endroit est située la minuterie qui établit la durée pendant laquelle un client peut se faire bronzer \ Where is the timer located, which sets the amount of time a client tan?

☐ RÉCEPTION \ FRONT DESK ou \ or ☐ LIT \ BED

Les fiches sur les séances de bronzage et les formulaires de renonciation sont-ils sauvegardés ou conservés pendant AU MOINS deux années \ Are tanning sessions and waiver records saved and filed for NO less than 2 years?

☐ O \ ☐ Y ☐ N

Le salon de bronzage est-il inscrit à titre de membre à part entière de Smart Tan Canada

\ Is the tanning salon listed as a full member of Smart Tan Canada?

☐ O \ ☐ Y ☐ N

Pour éviter que l'assuré n'ait à nous faire parvenir une copie des certifications Smart Tan et une copie de sa carte de membre --- \ So the insured does not have to send us a copy of all Smart Tan certifications and a copy of their membership ---

Veuillez cocher « OUI » afin que nous puissions confirmer cette information auprès de Smart Tan Canada

\ Please check "YES" so that we can confirm this information with Smart Tan Canada

☐ O \ ☐ Y ☐ N

(Premium préfère que chaque salon soit membre de Smart Tan – Veuillez communiquer avec nous si les salons ne sont pas membres) \ (Premium advantages if each salon location is listed as a Smart Tan Member – Ask us if salons are not members)

Est-ce que vous louez-vous de l'espace à des tiers à l'intérieur de votre unité \ Do you rent space to others within your unit?

☐ O \ ☐ Y ☐ N

Dans l'affirmative, est-ce que ces derniers vous ajoutent à titre d'assuré supplémentaire

\ If yes, do they list you as an additional insured?

☐ O \ ☐ Y ☐ N

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom du locataire \ If yes, please advise name of lessee:

Nom en caractères d'imprimerie \ Printed Name: _____

Poste occupé \ Position Held: _____

Signature du proposant \ Applicant's Signature: _____

Date: _____

Premier Canada Managers Assurance Ltd est l'un des plus importants agents de gestion de souscription du Canada. L'assureur qui souscrit l'assurance varie selon le secteur d'activité et la région – veuillez consulter le devis concerné pour connaître les conditions particulières de la compagnie d'assurance qui souscrit \ des compagnies d'assurance qui souscrivent l'assurance. \ Premier Canada Assurance Managers Ltd. is one of Canada's largest Managing Underwriting Agents. The underwriting insurance carrier varies by line of business and region - please refer to specific quote for declaration of the underwriting insurance company(s).

**** Proposition par courriel et pièce(s) jointe(s) à \ Email application and attachments to nouvelleentreprise@premiergroup.ca ****

Région du Québec - Téléphone 450.497.0016

\ Region of Québec - Telephone 450.497.0016

Sans Frais 1.877.497.0016

\ Toll Free 1.877.497.0016