

ÉTABLISSEMENT AVEC SERVICES DE SOUTIEN/POUR PERSONNES ÂGÉES – ASSURANCE POUR FAUTES PROFESSIONNELLES MÉDICALES ET RESPONSABILITÉ CIVILE DES ENTREPRISES
\ ASSISTED / SENIOR CARE FACILITIES – MEDICAL MALPRACTICE AND CGL INSURANCE

Page 1 de 1 of 6

PROPOSANT \ APPLICANT:

Nom légal de l'établissement avec services de soutien (proposant) \ Legal Name of Assisted Care Facility (Applicant): _____

Adresse \ Address: _____

Ville \ City: _____ Province: _____ Code postal \ Postal Code: _____

Veuillez dresser la liste de toutes les filiales ou entités connexes telles que les fondations, les auxiliaires ou les sociétés à but lucratif, qui exercent un contrôle, ou sont sous le contrôle du proposant. (Veuillez décrire la/les fonction(s) de chacune et sa relation avec l'organisme) \ Please list any subsidiary or related entities such as foundations, auxiliaries or profit-making corporations, which control, or are controlled by applicant. (Please describe function(s) of each and its relationship to the organization.)

Nom des activités \ Name of Operations	Relation avec le proposant \ Relationship to Applicant	Description des activités \ Description of Operations

Adresse du site Web \ Web Site Address: _____

Veuillez dresser la liste de tous les emplacements \ List all locations: _____

Année de fondation de l'organisme \ Year Organization was Established: _____

S'il s'agit d'un nouvel organisme, veuillez joindre le CV du directeur/des directeurs \ If this is a new organization, please attach the resume(s) of the principal(s).

Votre organisme est-il reconnu à titre d'organisme sans but lucratif \ Is your Organization Classified as Not for Profit? ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO

EMPLOYÉS/BÉNÉVOLES/EMPLOYEES / VOLUNTEERS

Une vérification des références est-elle effectuée pour tous les employés et bénévoles ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO
 \ Are employment reference checks performed on all employees and volunteers?

Une vérification des antécédents criminels est-elle effectuée pour tous les employés et bénévoles ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO
 \ Are criminal background checks done for all employees/volunteers?

Demande-t-on aux nouveaux employés s'ils font l'objet d'un cautionnement ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO
 \ Are new employees being asked if they are bondable?

Nombre total d'employés/de bénévoles \ Total Number of Employees and/or Volunteers? _____

Quelle est la pratique en matière de formation des nouveaux employés \ What is the practice for training new employees? _____

Y a-t-il du personnel sur place jour et nuit \ Is staff available around the clock every day? ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO

Est-ce que le proposant fournit des services, effectue des tâches, ou possède des emplacements à l'extérieur du Canada ou pour des clients qui sont à l'extérieur du Canada ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO

\ Does the Applicant provide services or perform activities or have locations outside Canada or for clients who are outside Canada?

Si oui, veuillez fournir des détails \ If yes, please provide details: _____

Veuillez indiquer le nombre de personnes employées par votre organisme (nombre identique de personnes à temps plein)

\ Please indicate Number of Persons Employed by your Organization (Equivalent Number of Full-Time Persons):

____ Médecins \ Physicians	____ Conseillers \ Counselors	____ Naturopathes \ Naturopaths
____ Pharmaciens \ Pharmacists	____ Agents chargés de cas \ Case Workers	____ Ergothérapeutes \ Occupational Therapists
____ Infirmiers praticiens \ Nurse Practitioners	____ Physiothérapeutes \ Physiotherapists	____ Diététistes/Nutritionnistes \ Dieticians/Nutritionists
____ Adjoints aux médecins \ Physicians Assistant	____ Podologistes \ Chiropodists	____ Thérapeutes en loisirs/activité physique \ Recreation/Activation Therapists
____ Infirmiers autorisés \ Registered Nurses	____ Kinésiologues \ Kinesiologists	____ Entretien ménager/Blanchisserie \ Housekeeping/Laundry
____ Infirmiers auxiliaires autorisés/Aides-infirmiers \ Registered Practical Nurse/Nurse Aides	____ Audiologistes/Orthophonistes \ Audiologists/Speech Language	____ Cuisiniers/Services alimentaires \ Cook/Food Services
____ Infirmiers auxiliaires agréés/Adjoints aux IA \ Licensed Practical Nurse/RN Assistants	____ Thérapeutes respiratoires \ Respiratory Therapists	____ Coiffeurs \ Hairdresser

ÉTABLISSEMENT AVEC SERVICES DE SOUTIEN/POUR PERSONNES ÂGÉES – ASSURANCE POUR FAUTES PROFESSIONNELLES MÉDICALES ET RESPONSABILITÉ CIVILE DES ENTREPRISES
\ ASSISTED / SENIOR CARE FACILITIES – MEDICAL MALPRACTICE AND CGL INSURANCE

Page 2 de 6 of 6

___ Préposés aux services de soutien à la personne \ Personal Support Workers

___ Massothérapeutes autorisés \ Register Massage Therapists

___ Gestion/Administration \ Management/Administrative

___ Psychologues \ Psychologists

___ Chiropraticiens \ Chiropractors

___ Autre: Veuillez préciser \ Other: Please specify

___ Travailleurs sociaux \ Social Workers

___ Acupuncteurs \ Acupuncturists

Veuillez indiquer le nombre de lits auxquels vous êtes autorisés \ Please indicate the Number of Beds you are Licensed for:

___ Résidence \ Retirement

___ Soins de fin de vie \ Hospice Care

___ Foyer de groupe \ Group Home

___ Soins aux personnes âgées \ Senior Assisted Living

___ Soins palliatifs \ Palliative Care

___ Département pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de démence \ Alzheimer's & Dementia Unit

___ Maison de soins infirmiers/Soins de longue durée \ Nursing Home/Long-Term Care

___ Soins de relève \ Respite Care

___ Refuge pour femmes/hommes \ Women's/Men's Shelter

___ Vie autonome/avec bail à vie \ Independent Living/Life Lease

___ Soins aux malades chroniques \ Chronic Care

___ Autre (veuillez préciser) \ Other (please specify):

RÉSIDENTS/PATIENTS \ RESIDENTS/PATIENTS

Pourcentage de résidents par tranche d'âge \ Percentage of residents by age range: _____ < 30 _____ 30-64 _____ 65-74
 _____ 75-84 _____ 85-94 _____ > 95

Obtenez-vous le consentement écrit des parents lorsque vous traitez des mineurs \ Do you obtain written parental agreements when treating minors? ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO

Le proposant est-il engagé dans des activités d'enseignement \ Is the Applicant engaged in any teaching? ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO

Si oui, veuillez indiquer l'activité/la discipline, le nombre total d'étudiants (par an) et la somme des frais bruts recueillis (par an) \ If yes, please name the activity/discipline, total number of students(annual), and gross total fees collected (annual):

Accréditation \ Accreditation:

Est-ce que le proposant est un établissement accrédité \ Is the Applicant an accredited facility? ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO

Organisme d'accréditation \ Accrediting Body: _____ Plus récente année d'accréditation \ Last Year Accreditation awarded: _____

Dans le cadre de votre pratique, votre licence fait-elle ou a-t-elle fait (au cours des cinq dernières années), l'objet de restrictions ou de limites \ Are you now or have you, within the past five years, practiced subject to any restriction or limitation imposed upon your license? ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO

Si oui, veuillez fournir des détails \ If yes, please provide details: _____

Avez-vous déjà fait l'objet de réprimandes de la part d'un comité d'octroi des licences ou d'un organisme directeur \ Have you ever been disciplined by a licensing body, or governing body? ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO

Si oui, veuillez fournir des détails \ If yes, please provide details: _____

RÉCLAMATIONS \ CLAIMS

L'organisme ou le propriétaire, ses partenaires, dirigeants ou ses employés, ont-ils déjà reçu une ordonnance de cesser et de renoncer, ou une demande écrite ou une procédure civile en dommages-intérêts compensatoires présentée contre eux \ Has the Organization or owner, its partners, officers or employees ever had an order to cease & desist or a written demand or civil proceedings for compensatory damages made against them in the past? ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO

Si oui, veuillez fournir une explication sur une feuille distincte avec la date de la réclamation, le nom du demandeur, etc. \ If yes, please provide a full explanation on a separate sheet: such as Date of claim, Claimant's name etc.

Fautes professionnelles médicales \ Medical malpractice

Est-ce que des allégations de négligence professionnelle ont déjà été formulées par écrit ou verbalement contre le proposant ou l'un de ses employés \ In the past, has the Applicant or any of his/her employees ever been the recipient of any allegations of professional negligence in writing or verbally? ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO

Le proposant ou l'un de ses employés, est-il au courant de tout fait, toute circonstance ou toute situation pouvant raisonnablement donner lieu à une réclamation, autre que ce dont il est fait mention ci-dessus. Si oui, veuillez inclure les détails \ The Applicant or any of his/her employees aware of any facts, circumstances or situations which may reasonably give rise to a claim, other than as advised above? If yes, please attach details. ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO

Sans préjudice de tout autre recours à la disponibilité de l'assureur, il est convenu qu'en connaissance de ce fait, de cette circonstance ou de cette situation, toute réclamation ou action qui en découle subséquent est exclue de la garantie aux termes de l'assurance proposée \ Without limitation of any other remedy available to the insurer, it is agreed that if there be knowledge of any such fact, circumstance or situation, any claim or action subsequently

ÉTABLISSEMENT AVEC SERVICES DE SOUTIEN/POUR PERSONNES ÂGÉES – ASSURANCE POUR FAUTES PROFESSIONNELLES MÉDICALES ET RESPONSABILITÉ CIVILE DES ENTREPRISES
\ ASSISTED / SENIOR CARE FACILITIES – MEDICAL MALPRACTICE AND CGL INSURANCE

Page 3 de 6

emanating therefrom is excluded from coverage under the proposed insurance.

Responsabilité civile des entreprises \ Commercial General Liability

Veillez fournir des détails concernant les réclamations ou réclamations éventuelles en matière de responsabilité qui ont été portées à l'attention du proposant au cours des trois dernières années. Pour chaque incident, veuillez indiquer la date du sinistre, la nature et la cause de la réclamation, le montant réclamé, les frais effectivement engagés (enquête sur le sinistre, frais de défense et dommages), et le statut de la réclamation. Veuillez utiliser une feuille distincte. \ Please detail liability claims or potential claims that have come to the Applicant's attention during the past three years. For each incident, detail the date of the loss, nature and cause of the claim, amount claimed, costs actually incurred (claim investigation, defence costs and damages), and status of the claim. Please use a separate sheet of paper.

ASSURANCE ANTÉRIEURE \ PREVIOUS INSURANCE

Est-ce que le proposant/la société a déjà souscrit à une assurance pour fautes professionnelles médicales ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO
 \ Has the Applicant / Company carried Medical Malpractice Insurance in the past?

ASSUREUR \ INSURER	DURÉE \ TERM	MONTANT DE GARANTIE \ LIMIT	PRIME \ PREMIUM	DATE DE RÉTROACTIVITÉ \ RETROACTIVE DATE
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

Le proposant s'est-il déjà vu refuser ou annuler une assurance pour cette société ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO
 \ Has the Applicant ever had insurance refused or cancelled for this Company?

Si oui, veuillez expliquer \ If yes please explain: _____

CHAPITRE SUR LA GESTION DES RISQUES \ RISK MANAGEMENT SECTION

PROTOCOLES POUR LES CAS D'ABUS \ ABUSE PROTOCOLS

Existe-t-il une politique écrite officielle pour les employés/bénévoles qui interdit l'abus et l'inconduite sexuelle? Si oui, veuillez fournir des détails \ Is there a formal written policy for employees/volunteers that prohibits abuse and sexual misconduct? If yes, please attach details. ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO

Disposez-vous d'une procédure écrite officielle pour le traitement des allégations d'abus ou des plaintes formulées \ Do you have a formal written procedure for handling abuse allegations or complaints made? ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO

Est-ce que des allégations d'abus ont déjà été formulées contre vous, vos employés, ou toute autre personne associée à votre organisme? Si oui, veuillez joindre les détails sur une feuille distincte \ Have any allegations of abuse been made against you, your employees, or any other person associated with your organization in the past? If yes, please attach details in a separate sheet of paper. ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO

TRANSPORT \ TRANSPORTATION

Lors du transport, est-ce que le transport comprend le fait de quitter votre province? Si oui, veuillez préciser \ When transporting, does transportation include leaving your province? If yes, specify: _____ ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO

Est-ce que les employés/bénévoles conduisent leur propre véhicule dans le cadre des activités de votre organisme \ Do employees/volunteers drive their own vehicles on your Organization's business? ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO

Si oui à la question ci-dessus \ If Yes to above: Signalent-ils cette utilisation à leur assureur \ Do they report this use to their insurer? ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO

Souscrivent-ils à une garantie en responsabilité civile d'au moins un million de dollars en vertu de leur police d'assurance automobile personnelle \ Do they carry a minimum of \$1MM Auto Third Party Liability limit on their Personal Automobile policy? ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO

Est-ce qu'une attestation d'assurance est requise comme preuve de leur assurance automobile \ Is a certificate of insurance being requested for proof of their Automobile insurance? ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO

SÉCURITÉ-INCENDIE \ FIRE LIFE SAFETY

Disposez-vous d'un plan de sécurité incendie et est-ce qu'une formation est offerte \ Do you have a fire life safety plan in place and is training conducted? ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO

Avez-vous procédé à un exercice d'évacuation avec le minimum d'effectifs en service \ Have you conducted a fire drill with the minimum of staff you will have on duty? ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO

PRATIQUES RELIÉES À L'EMPLOI \ EMPLOYMENT PRACTICES

Est-ce qu'une copie à jour de la Loi sur les normes d'emploi est à la disposition de votre personnel \ Do you have a current copy of the Employment Standards Act accessible for your staff? ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO

Des avertissements écrits sont-ils remis aux employés afin de conserver une preuve écrite des problèmes de rendement \ Are written warnings given to employees to create a written record of performance issues? ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO

Le proposant a-t-il recours aux services d'un avocat avant de congédier un employé \ Is a lawyer consulted prior to dismissing any employees? ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO

ÉTABLISSEMENT AVEC SERVICES DE SOUTIEN/POUR PERSONNES ÂGÉES – ASSURANCE POUR FAUTES PROFESSIONNELLES MÉDICALES ET RESPONSABILITÉ CIVILE DES ENTREPRISES

\ ASSISTED / SENIOR CARE FACILITIES – MEDICAL MALPRACTICE AND CGL INSURANCE

Page 4 de 1 of 6

Les employés sont-ils couverts en vertu d'un régime d'indemnisation provincial des accidents de travail

\ Are all employees covered by Provincial Worker's Compensation?

☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

ÉVALUATION DES RÉSIDENTS \ RESIDENT ASSESSMENT

Est-ce que chaque résident fait l'objet d'une évaluation lors de son admission dans l'établissement

\ Is each resident assessed upon admission to the facility?

☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

Existe-t-il des protocoles pour l'évaluation continue des résidents \ Are there protocols for ongoing assessments of residents?

☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

Est-ce que l'évaluation des nouveaux résidents comprend une évaluation du risque de suicide

\ Does assessment of new residents include evaluation risk for suicide?

☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

Disposez-vous d'une stratégie de traitement et de surveillance anti-suicide \ Do you have a Suicide Treatment & Monitoring Strategy?

☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

Est-ce que l'évaluation des nouveaux résidents comprend une évaluation du risque de violence

\ Does assessment of new residents include evaluation of risk for violence?

☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

Est-ce que tous les résidents ont leur propre médecin traitant? Si vous avez répondu non, qui exerce ce rôle

\ Do all residents have their own attending physician? If no, who performs the role?

☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS \ MEDICATION ADMINISTRATION

Quel type de système d'administration des médicaments est utilisé dans votre établissement (p.ex., dose unique, plaquette alvéolaire)

\ What type of Medication Administrative System is used in your facility (e.g., unit dose, blister pack)? _____

Embauchez-vous ou retenez-vous à forfait les services d'un pharmacien autorisé pour superviser les services pharmaceutiques \ Do you employ or contract with a registered pharmacist to supervise pharmacy services?

☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

Un examen du régime posologique des résidents est-il effectué périodiquement

\ Is there a review of residents' drug regimes on a regular basis?

☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

PRÉVENTION DES CHUTES \ FALL PREVENTION

Existe-t-il un programme de prévention des chutes \ Do you have a Fall Prevention Program?

☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

Les chutes sont-elles contrôlées et suivies afin d'identifier les tendances ou problèmes

\ Are falls monitored and tracked to identify patterns or problems?

☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

PRÉVENTION DE L'ERRANCE ET DES FUGUES \ WANDERING AND ELOPEMENT PREVENTION

Est-ce que tous les résidents sont soumis à une évaluation des risques d'errance/de fugues lors de leur admission

\ Are wandering/elopement risk assessments conducted on all residents on admission?

☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

Est-ce que les cages d'escalier et les sorties/entrées sont protégées par un système d'alarme activé en tout temps ou est-ce que des capteurs électroniques individuels ont été installés

\ Are stairwells & exits/entrances alarmed at all times or have individual-specific electronic sensors been installed?

☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

SOINS DE LA PEAU ET PRÉVENTION DU DÉCUBITUS \ SKIN CARE AND DECUBITIS PREVENTION

Existe-t-il des politiques et procédures écrites pour la prévention et le traitement des lésions cutanées

\ Are there written policies and procedures for the prevention and treatment of skin breakdown?

☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

Est-ce que des évaluations cutanées sont effectuées régulièrement \ Are skin assessments done on a regular basis?

☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

LUTTE CONTRE LES INFECTIONS \ INFECTION CONTROL

Disposez-vous d'un programme de prévention des infections \ Do you have an Infection Control Program?

☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

Est-ce que l'immunisation contre la grippe est offerte aux résidents et aux membres du personnel chaque année

\ Is immunization against flu offered to residents and staff annually?

☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

Existe-t-il un plan de gestion des éclosions \ Is there an Outbreak Management Plan?

☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

SERVICES EN SOUS-TRAITANCE \ SUB-CONTRACTED SERVICES:

Quelles fonctions ou installations confiez-vous en sous-traitance \ What functions or facilities do you sub-contract? _____

Soins infirmiers \ Nursing:

☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

Blanchisserie \ Laundry:

☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

Nettoyage \ Cleaning:

☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

Entretien des routes \ Road Maintenance:

☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

Préparation des repas \ Meal Preparation:

☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

Aménagement paysager/Tonte de la pelouse
\ Landscaping/Lawn cutting:

☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

ÉTABLISSEMENT AVEC SERVICES DE SOUTIEN/POUR PERSONNES ÂGÉES – ASSURANCE POUR FAUTES PROFESSIONNELLES MÉDICALES ET RESPONSABILITÉ CIVILE DES ENTREPRISES
\ ASSISTED / SENIOR CARE FACILITIES – MEDICAL MALPRACTICE AND CGL INSURANCE

Page 5 de 1 of 6

Sécurité \ Security: ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO Exploitation d'un garage ou terrain de stationnement ☐ OUI \ YES
 \ Parking Garage or Lot Operation: ☐ NON \ NO

Élimination des déchets \ Waste Disposal: ☐ OUI \ YES ☐ NON \ NO Dénivellement \ Snow Removal: ☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

Autre \ Other: _____
 Si oui, veuillez fournir des détails \ If yes, please provide details: _____

ENTREPRENEURS INDÉPENDANTS / ENTRETIEN \ INDEPENDENT CONTRACTORS / MAINTENANCE

Embauchez-vous des entrepreneurs indépendants? Si oui, combine ☐ OUI \ YES
 \ Do you have Independent Contractors? If yes, how many? _____ ☐ NON \ NO

Est-ce que vos entrepreneurs indépendants doivent fournir une attestation d'assurance ☐ OUI \ YES
 \ Are your Independent Contractors required to provide proof of insurance? ☐ NON \ NO

SERVICES/SOINS MÉDICAUX \ MEDICAL/CARE SERVICES

Est-ce que vous ou vos employés \ Do you or your employees:

- offrez des soins de jour pour adultes? Si oui, veuillez indiquer le nombre de places ☐ OUI \ YES
 \ offer Adult Day Care? If yes, please indicate number of spaces: _____ ☐ NON \ NO
- administrez des médicaments \ administer medication? ☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO
- effectuez des prélèvements sanguins? Si oui, veuillez préciser ☐ OUI \ YES
 \ provide Blood Sample collection? If yes, specify: _____ ☐ NON \ NO
- administrez le vaccin antigrippal à votre personnel ou à autrui? Si autrui, veuillez préciser ☐ OUI \ YES
 \ provide Flu Shots to Staff or Others? If Others, please specify: _____ ☐ NON \ NO

Est-ce que vous ou vos employés devez manipuler ou soulever dans le cadre de vos fonctions (soulever des patients/résidents de leur siège ou lit etc.)? ☐ OUI \ YES
 \ Do you or any of your employees provide any manual handling/lifting services ie. Picking patients/residents up from their seats/beds etc.? ☐ NON \ NO

Si oui, veuillez indiquer quelle formation a été fournie \ If yes, please confirm what training has been provided. _____

CONSIGNES EN CAS D'INCENDIE ET D'URGENCE/FIRE AND EMERGENCY PROCEDURES

Est-ce que les résidents ont le droit de fumer à l'intérieur du bâtiment? Si oui, est-ce que les aires pour fumeurs sont supervisées par un membre du personnel \ Are residents allowed to smoke inside the building? If yes, are smoking areas supervised by a member of staff? ☐ OUI \ YES
☐ NON \ NO

Disposez-vous d'un plan d'évacuation? Date du dernier exercice d'évacuation ☐ OUI \ YES
 \ Do you have an evacuation plan? Date of last evacuation exercise conducted? _____ ☐ NON \ NO

Procédez-vous à des exercices d'évacuation sur une base périodique? Nombre par année: ☐ OUI \ YES
 \ Do you conduct fire drills regularly? Number per year: _____ ☐ NON \ NO

EXIGENCES DE LA GARANTIE \ COVERAGE REQUIREMENTS

Garantie \ Coverage	Franchise \ Deductible	Montant de garantie \ Limit of Coverage	Prime ciblée \ Target Premium
FAUTES PROFESSIONNELLES MÉDICALES : sur la base des réclamations présentées, coûts inclus \ MEDICAL MALPRACTICE: claims made form, costs incl			
RESPONSABILITÉ CIVILE DES ENTREPRISES : basée sur la survenance des dommages - Dommages corporels et dommages matériels, Produits et travaux terminés, Préjudices personnels, Frais médicaux (10 000 \$), Garantie contre les agressions sexuelles 100 000 \$ \ COMMERCIAL GENERAL LIABILITY: occurrence form -Bodily Injury & Property Damage, Products & Completed Operations, Personal Injury Liability, Medical Payments (\$10,000), \$100,000 Sexual Abuse Cover			
RESPONSABILITÉ LOCATIVE: formule étendue (250 000 \$ incl.) \ TENANT LEGAL LIABILITY: broad form (\$250,000 Incl.)			
SPF6 – ASSURANCE AUTOMOBILE STANDARD DES NON-PROPRIÉTAIRES \ SPF6 – STANDARD NON-OWNED AUTOMOBILE:			
Assurance facultative pour le crime contre la propriété et contre le bris des machines. Veuillez remplir la proposition complémentaire pour cliniques/établissements de soins \ Optional Property Crime/Equipment Breakdown Coverage is available. Please complete Property Clinics/Care Facilities Supplemental Application.			

ÉTABLISSEMENT AVEC SERVICES DE SOUTIEN/POUR PERSONNES ÂGÉES – ASSURANCE POUR FAUTES PROFESSIONNELLES MÉDICALES ET RESPONSABILITÉ CIVILE DES ENTREPRISES
\ ASSISTED / SENIOR CARE FACILITIES – MEDICAL MALPRACTICE AND CGL INSURANCE

Page 6 de 1 of 6

Aux fins de la Loi sur les sociétés d'assurances (Canada), tout document serait publié dans le cadre des activités d'assurance des souscripteurs du Lloyd's au Canada. Si (a) un proposant pour le présent contrat fournit de faux renseignements portant atteinte à l'assureur ou si, en toute connaissance de cause, il fait des déclarations inexactes ou omet de divulguer tout fait concernant une partie quelconque de la présente proposition; ou (b) si l'assuré ne respecte pas une modalité du contrat ou commet une fraude; ou (c) si l'assuré fait volontairement une fausse déclaration à l'égard d'une réclamation, alors la réclamation en question perdra toute validité, et le droit de recouvrement de l'assuré sera supprimé. Le proposant atteste avoir examiné toutes les parties et pièces jointes de la présente proposition, avoir fourni des renseignements véridiques et exacts, et avoir compris que la présente proposition d'assurance est basée sur la vérité et l'exactitude de ces renseignements. / For purposes of the Insurance Companies Act (Canada), any document would be issued in the course of Lloyd's Underwriters' insurance business in Canada. Where (a) an Applicant for this contract gives false particulars to the prejudice of the insurer or knowingly misrepresents or fails to disclose any fact in any part of this application required to be stated therein; or (b) the insured contravenes a term of the contract or commits a fraud; or (c) the Insured willfully makes a false statement in respect of a claim, a claim will become invalid and the Insured's right of recovery is forfeited. The Applicants have reviewed all parts and attachments of this application and acknowledge that all information is true and correct and understand that this application for insurance is based on the truth and completeness of this information.

J'ai fourni des renseignements personnels dans le présent document et autrement, et je pourrais devoir fournir d'autres renseignements personnels ultérieurement. Certains de ces renseignements personnels peuvent comprendre, sans s'y limiter, mes informations de crédit et mes antécédents en matière de sinistres. J'autorise mon courtier ou ma compagnie d'assurance à recueillir, à utiliser et à divulguer ces renseignements personnels, sous réserve des lois applicables et des politiques de mon courtier ou de ma compagnie d'assurance en matière de renseignements personnels, afin de communiquer avec moi, d'évaluer ma proposition d'assurance, de souscrire des assurances, d'évaluer des réclamations, de détecter et de prévenir la fraude, et d'analyser les résultats commerciaux. J'atteste que tous les individus dont les renseignements personnels figurent au présent document m'ont autorisé à fournir mon accord en leur nom à cet égard / I have provided personal information in this document and otherwise and I may in the future provide further personal information. Some of this personal information may include, but is not limited to, my credit information and claims history. I authorize my broker or insurance company to collect, use and disclose any of this personal information, subject to the law and my broker's or insurance company's policy regarding personal information, for the purpose of communicating with me, assessing my application for insurance and underwriting my policies, evaluating claims, detecting and preventing fraud, and analyzing business results. I confirm that all individuals whose personal information is contained in this document have authorized that I agree to the above on their behalf.

Nom du proposant \ Applicant Name:**Poste occupé \ Position Held:****Signature du proposant \ Applicant Signature:****Date:****Courriel du courtier \ Brokerage Email:****Nom/numéro du courtier**
\ Broker Name/Number

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 : Nouvelleprof@premiergroup.ca ******Région du Québec - Téléphone 450.497.0016****Sans Frais 1.877.497.0016**

\ Region of Québec – Telephone 450.497.0016

\ Toll Free 1.877.497.0016