

PROGRAMME DE SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE – PROPOSITION COMPLÉMENTAIRE POUR LE LASER
\ HEALTH & WELLNESS PROGRAM - LASER SUPPLEMENTARY APPLICATION

Page 1 de 3

★ 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.	\$

PROGRAMME DE SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE – PROPOSITION COMPLÉMENTAIRE POUR LE LASER
\ HEALTH & WELLNESS PROGRAM - LASER SUPPLEMENTARY APPLICATION

Page 2 de 3

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. Pourcentage des recettes découlant des activités au laser \ Percentage of gross receipts from laser operations _____ %
3. 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
4. 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? _____
5. 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
6. 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
7. Conservez-vous une copie des fiches de soins aux clients \ Do you keep copies of all client service records? ☐ O\Y ☐ N
8. Pendant combien d'années ces fiches sont-elles archivées \ How many years is service records kept on file? _____ années \ years
9. 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
10. Pendant combien d'années les formulaires de renonciation sont-ils archivés \ How many years are waivers kept on file? _____ années \ years
11. 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. _____

Expliquez-vous les étapes au client après à un traitement au laser \ Do you explain to the client what steps to take after any laser treatment?
☐ O\Y ☐ N

Veuillez préciser \ Please describe. _____

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 situations, 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: _____

DÉCLARATION/CONSENTEMENT \ DECLARATION/CONSENT:

À LIRE AVANT DE SIGNER : Une réclamation perdra toute validité et le droit de recouvrement de l'assuré sera perdu a) si 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 dans une partie quelconque de la présente proposition; b) si l'assuré omet de communiquer tout changement important apporté à un tel fait pendant la durée du contrat; c) si l'assuré ne respecte pas une modalité du contrat ou commet une fraude; ou d) si l'assuré fait volontairement une fausse déclaration à l'égard d'une réclamation. \ **PLEASE READ BEFORE SIGNING:** A claim will become invalid and the Insured's right of recovery is forfeited 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 fails to inform material changes to these facts during the term of the contract; (c) the insured contravenes a term of the contract or commits a fraud; or (d) the insured willfully makes a false statement in respect of a claim.

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. \ 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.

Je reconnais également que la présente assurance ne peut prendre effet qu'avec l'accord de Premier Canada Assurance, que la garantie accordée peut différer de celle demandée dans la présente proposition, et que les modalités de la proposition et de la police émise ultérieurement annulent et remplacent toute modalité antérieure. \ I also acknowledge that this insurance is not in effect until agreement from Premier Canada Assurance is received and that coverage offered may differ from that requested in this application and that the terms and conditions of the quote and subsequently issued policy supersede.

Les renseignements personnels fournis dans le présent document et par la suite, y compris, sans s'y limiter, les renseignements sur le crédit et l'historique des réclamations, peuvent être recueillis, utilisés et divulgués par la compagnie d'assurance ou le représentant de l'assuré, sous réserve des lois applicables, afin de communiquer avec l'assuré ou son représentant, d'évaluer la proposition d'assurance et de souscrire une police, d'évaluer des

PROGRAMME DE SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE – PROPOSITION COMPLÉMENTAIRE POUR LE LASER

Page 3 de 3

\ HEALTH & WELLNESS PROGRAM - LASER SUPPLEMENTARY APPLICATION

réclamations, de détecter et de prévenir la fraude, et d'analyser des 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. \ The personal information provided in this document and in the future including, but not limited to, credit information and claims history may be collected, used and disclosed by the insured's representative or insurance company, subject to local legislation, for the purpose of communicating with the insured or their representative, assessing the application for Insurance and underwriting any such 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.

REMARQUE : L'assurance ne sera en vigueur qu'après l'émission par Premier d'une note de couverture ou de la documentation de la police d'assurance. \ NOTE: Insurance is not in effect until Premier has issued a binder or policy documents.

Proposant \ Applicant: _____

Signature de l'assuré \ Insured Signature: _____ Date: _____

Signature du courtier \ Broker Signature: _____ Date: _____

Courriel du courtier \ Broker Email: _____

Premier Canada Assurance Managers Ltd. est l'un des plus importants agents de gestion de souscription du Canada. La société d'assurance offrant les souscriptions varie selon le secteur d'activité et la région – veuillez consulter le devis concerné pour connaître les conditions particulières de la ou des société(s) d'assurance offrant les souscriptions. \ 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

Sans Frais 1.877.497.0016

\ Region of Québec – Telephone 450.497.0016

\ Toll Free 1.877.497.0016