

PROGRAMME DE SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE – PROPOSITION COMPLÈTE POUR ACTIVITÉS DE STUDIO DE MASSAGE \ HEALTH & WELLNESS PROGRAM – FULL MASSAGE OPERATIONS APPLICATION

Nom du courtier \ Broker Name: _____ Téléphone \ Phone: _____

Nom du producteur \ Producer Name: _____ Télécopieur \ Fax: _____

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: _____

Téléphone \ Phone #: _____ Télécopieur \ Fax #: _____ Tél. (maison) \ Res. #: _____ Cellulaire \ Cell #: _____

Le proposant dispose-t-il actuellement d'une assurance responsabilité civile professionnelle? \ Does the applicant currently carry Professional Liability insurance? O \ N

Si oui, quelle est la date limite de rétroactivité de la police actuelle? \ If yes, what is the retroactive date on the current Professional Liability policy? _____

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 \ 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 \ N

Prime cible \ Target Premium: \$ _____

VEUILLEZ FOURNIR UN DÉPLIANT DE VOS ACTIVITÉS LORSQUE VOUS PRÉSENTEZ CETTE PROPOSITION

PLEASE PROVIDE A BROCHURE OF YOUR OPERATIONS WHEN YOU SUBMIT THIS APPLICATION

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.): _____

Nbre d'étages \ No. of Stories: _____

Êtes-vous propriétaire du bâtiment \ Do you own the building? O \ N Superficie totale de vos installations \ Total Area of your Facility: _____ pi\ft

Année de construction du bâtiment \ The Building Age: _____

Plus récentes rénovations \ Latest Update: Toiture \ Roof: _____ Chauffage \ Heat: _____ Plomberie \ Plumbing: _____ Électricité \ Electric: _____

Bornes d'incendie à moins de 500 pieds \ Fire Hydrants within 500 Feet? O \ N Restaurant à moins de deux unités adjacentes \ Restaurant within 2 adjacent units: O \ N

Bâtiment muni de gicleurs \ Building Sprinklered? O \ N Système d'alarme relié à une station de télésurveillance \ Monitored Alarm System? O \ N

Système d'alarme non relié \ Local Alarm System? O \ N Alerte incendie \ Fire Alarm? O \ N

Système de surveillance \ Surveillance System? O \ N Nbre d'extincteurs d'incendie \ # of Fire Extinguishers: _____

Portes munies d'un pêne dormant \ Doors have deadbolts? O \ N Grilles de sécurité sur les portes/fenêtres \ Bars on Doors/Windows? O \ N

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

Bloc en béton/maçonnerie \ Concrete Block/ Masonry

Solives de murs \ Wall Joists Construction: Placage de brique sur bois \ Brick Veneer over Wood

Charpente/ bardage \ Frame/ Siding

Solives de toiture \ Roof Joists Construction: Béton \ Concrete Platelage en acier \ Steel Deck Solives en bois \ Wood Joist

«VALEUR DES BIENS» (SI VOUS DEVIEZ REMPLACER LES ÉLÉMENTS SUIVANTS AUJOURD'HUI

\ "PROPERTY VALUES" (IF YOU HAD TO REPLACE THE FOLLOWING ITEMS TODAY)

Bâtiment (le cas échéant) \ Building (if require) \$ _____ Équipement \ Equipment \$ _____

Améliorations locatives \ Leasehold Improvements \$ _____ Marchandise \ Stock \$ _____

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 \ N Chiropraticien à l'emploi \ Chiropractors on staff? O \ N

Perçages autres que les Oreilles et le nez \ Piercings other than Ear \ Nose O \ N Suppression de naevus – Coupe invasive \ Mole Removal – Invasive Cutting O \ N

Tatouage – Permanent corporel \ Tattooing – Permanent Body O \ N Suppression d'acrochordon - Coupe invasive \ Skin Tag Removal – Invasive Cutting O \ N

Suppression de verrues - Coupe invasive \ Wart Removal – Invasive Cutting O \ N

PROGRAMME DE SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE – PROPOSITION COMPLÈTE POUR ACTIVITÉS DE STUDIO DE MASSAGE \ HEALTH & WELLNESS PROGRAM – FULL MASSAGE OPERATIONS APPLICATION

Montants de garantie désirés (veuillez cocher une seule case) \ Liability Limits Desired (check one):

\$1,000,000 \$2,000,000 \$3,000,000 \$4,000,000 \$5,000,000

CHIFFRES D'AFFAIRES ANNUELS BRUTS APPROXIMATIFS \ ESTIMATED ANNUAL GROSS RECEIPTS:

Massage \ Massage Services \$ _____ Ventes de produits \ Product Sales \$ _____

Autres ventes \ Other Sales \$ _____

Recettes annuelles d'exploitation et de ventes \ Total Yearly Gross Sales & Operation Receipts \$ _____

NOM DU MASSOTHÉRAPEUTE \ NAME OF MASSAGE THERAPIST	MASSAGE(S) OFFERT(S) (veuillez énumérer tous les massages offerts) \ TYPE(S) OF MASSAGE THEY PERFORM (please list all)	ANNÉES DE FORMATION \ YEARS OF EDUCATION	ANNÉES D'EXPÉRIENCE \ YEARS OF EXPERIENCE	MASSOTHÉRAPEUTE AUTORISÉ (E) \ ARE YOU AN RMT?	
				O/Y	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 Quel(s) type(s) de massage offrez-vous? (Veuillez énumérer tous les massages offerts) \ What type(s) of Massage do you perform? (Please list all)

2 Est-ce que vous recueillez et discutez des informations concernant la santé des clients \ Do you collect and discuss the client's health information? O/Y N

3 Pendant combien de temps conservez-vous au dossier les informations concernant la santé des clients/le formulaire de renonciation \ How long to you keep clients' health information/waivers on file? _____ années \ years

4 Est-ce qu'un formulaire de renonciation est signé, daté et gardé au dossier \ Is a waiver signed, dated and kept on record? O/Y N

5 Est-ce que vous offrez des massages aux bébés \ Do you offer massages to infants? O/Y N

6 Est-ce qu'une réclamation a déjà été présentée contre l'un ou l'autre des massothérapeutes énumérés ci-dessus \ Have any of the masseuses listed above had a claim made against them? O/Y N

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

Est-ce qu'une réclamation a été présentée à la compagnie au cours des 5 dernières années \ Has the company had claims against them in last 5 years? O/Y N

Est-ce qu'une réclamation a été présentée contre un employé (y compris les employés à contrat) au cours des 5 dernières années \ Has the any staff (including contract staff) had claims against them in last 5 years? O/Y N

Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessous, veuillez fournir tous les détails sur la page de garantie

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

**** 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-feux en place) \ • If yes, does the Company follow the minimum standards under the HIPAA (encryption and firewalls in place)? O/Y N

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 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.

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

Signature du courtier \ Broker Signature: _____ Date: _____

Courriel du courtier \ Broker Email: _____

ASSURÉ ADDITIONNEL (p. ex. propriétaire) \ **ADDITIONAL INSURED** (i.e.: landlord)

BÉNÉFICIAIRES (c.-à-d., services financiers, matériel loué ou hypothèque) \ **LOSS PAYEES** (i.e.: bank financing, equipment leases, etc.)

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

\ Region of Québec – Telephone 450.497.0016

Sans Frais 1.877.497.0016

\ Toll Free 1.877.497.0016