

PROGRAMME DE SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE – PROPOSITION POUR CENTRES D'ESTHÉTIQUES, SALON DE COIFFURE, SANTÉ ET BIENÊTRE (LES PROPOSITIONS SUPPLÉMENTAIRES NE SONT PAS ANNEXÉES)
\ HEALTH & WELLNESS PROGRAM – BASIC SPA OPERATIONS APPLICATION (SUPPLEMENTARY APPLICATIONS NOT ATTACHED)

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

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

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?

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?

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 Nombre d'étages \No. of Stories: _____

Année de construction du bâtiment \The Building Age: _____

Rénovations récentes \Latest Update: Toit \Roof	Chauffage \Heat :	Plomberie \Plumbing:	Électricité \Electric:
Bornes d'incendie à moins de 500 pieds <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Restaurant à moins de deux unités adjacentes <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
\Fire Hydrants within 500 Feet?	\Restaurant within 2 adjacent units:		

Bâtiment muni de gicleurs \Building Sprinklered? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Alarme vol \Burglar Alarm? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Reliée \ Monitored <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Locale \ Local <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
		Non \ NO <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	

Système de surveillance \Surveillance System? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Alarme incendie \Fire Alarm? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Reliée \ Monitored <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Locale \ Local <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
		Non \ NO <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	

Nombre d'extincteurs d'incendie \# of Fire Extinguishers: _____

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

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

PROGRAMME DE SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE – PROPOSITION POUR CENTRES D'ESTHÉTIQUES, SALON DE COIFFURE, SANTÉ ET BIENÊTRE (LES PROPOSITIONS SUPPLÉMENTAIRES NE SONT PAS ANNEXÉES)
\ HEALTH & WELLNESS PROGRAM – BASIC SPA OPERATIONS APPLICATION (SUPPLEMENTARY APPLICATIONS NOT ATTACHED)

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	\$
Améliorations locatives \Leasehold Improvements	\$	Marchandises \Stock	\$
Bénéfices / Pertes de revenus \Profits / BI	\$		

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

Est-ce que tous les encres/pigments proviennent de fabricants américains ou canadiens? \Are all inks/pigments from US or Canadian manufacturers?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Est-ce que vous vendez des encres/pigments? \Do you sell any inks/pigments?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Est-ce que vous renommez ou reconditionnez des produits? \Do you relabel or repackage any products?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Avez-vous déjà réutilisé des aiguilles? \Do you ever re-use needles?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Disposez-vous de vos pigments après chaque client? \Do you dispose of your pigments after each client?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N

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?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Chiropraticien à l'emploi \Chiropractors on staff?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Perçages autres que les oreilles et le nez \Piercings other than Ear/Nose	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Suppression de Grain de beauté – Coupe invasive \Mole Removal – Invasive Cutting	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Tatouage – Permanent corporel \Tattooing – Permanent Body	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Suppression d'acrochordon - Coupe invasive \Skin Tag Removal – Invasive Cutting	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Suppression de verrues - Coupe invasive \Wart Removal – Invasive Cutting	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		

Soins esthétiques de base \Basic Esthetics:

Exfoliations à l'acide, solution dont la concentration est inférieure à 31 %

\Acid Peels less than 31% solution concentration

Acupuncture autre que la moxibustion

\Acupuncture other than Moxibustion Acupuncture

Acupression \Acupressure

Lits d'hydromassage \Aquatic massage beds

Thérapie par la rétroaction biologique \Biofeedback therapy

Enveloppement corporel \Body wraps

Harmonie des ondes cérébrales \Brain wave harmony

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
 \Massage including relaxation massage, registered massage, Reiki, reflexology, and aromatherapy, but does not include services to children under the age of 12 and Myofascial massage

Traitement de la cellulite autre que pour la perte de poids
 \Cellulite treatment other than cellulite reduction weight loss

Irrigation du colon \Colon irrigation

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

Machine d'hydratation \Hydration machine O Y N

Chambres de flottaison au sel – hydrothérapie O Y N

\Hydrotherapy salt floatation chambers

Hypnothérapie autre que pour la régression dans les vies antérieures et le divertissement O Y N

\Hypnotherapy other than for past life regression and entertainment

Sauna à l'infrarouge et cabines/lits de massage O Y N

\Infrared Saunas and massage booths/beds

Désintoxication par ionisation O Y N

\Ionization detoxification

Iridologie \Iridology O Y N

Maquillage – non permanent O Y N

\Make up – non permanent

Manucure/pédicures O Y N

\Manicure/pedicures

Libération émotionnelle neurologique O Y N

\Neuro emotional Clearing

PROGRAMME DE SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE – PROPOSITION POUR CENTRES D'ESTHÉTIQUES, SALON DE COIFFURE, SANTÉ ET BIENÊTRE (LES PROPOSITIONS SUPPLÉMENTAIRES NE SONT PAS ANNEXÉES)
\ HEALTH & WELLNESS PROGRAM – BASIC SPA OPERATIONS APPLICATION (SUPPLEMENTARY APPLICATIONS NOT ATTACHED)

Ventouse sèche – Ventouse humide est exclu <small>\ Dry Cupping – Wet Cupping is excluded</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N	PNL – Programmation neurolinguistique <small>\NLP – Neurolinguistic Programming</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N
Dermaplaning	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N	Consultation en nutrition uniquement dans le but de suivre le Guide alimentaire canadien <small>\Nutritional consulting to follow the Canada Food Guide only</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N
Cônage d'oreille <small>\Ear candling</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N	Oxygénothérapie autre que les chambres hyperbares <small>\Oxygen treatments other than hyperbaric chambers</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N
Soins énergétiques <small>\Energy healing</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N	Perçage – oreilles et nez seulement <small>\Piercing – ears and nose only</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N
Électrolyse <small>\Electrolysis</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N	Guérison chamanique <small>\Shamanic healing</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N
TLE – Technique de libération émotionnelle/Clearing <small>\EFT – Emotional Freedom Technique/Clearing</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N	Bronzage par pulvérisation <small>\Spray tanning</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N
Teinture des sourcils <small>\Eyebrow Tinting</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N	Tatouage par pulvérisation <small>\Spray tattooing</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N
Soins du visage <small>\Facials</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N	Épilation au sucre <small>\Sugaring</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N
Tatouage scintillant – non permanent <small>\Glitter Tattooing – non permanent</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N	Épilation au fil <small>\Threading</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N
Coupe de cheveux et services connexes autres que les rallonges capillaires <small>\ Hair cutting and related service other than hair extension, wig/hair piece fitting/ sales</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N	Lits de tonification <small>\Toning beds</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N
Tatouage au henné <small>\Henna Tattooing</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N	Suppression de verrues par solution seulement <small>\Wart removal by solution only</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N
Ultrasons focalisés de haute intensité (autre que le serrage et la régénération vaginale et le traitement de l'incontinence) <small>\ High Intensity focused ultrasound (other than vaginal tightening and incontinence treatment)</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N	Épilation à la cire <small>\Waxing</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N
Soins esthétiques milieu de gamme <small>\Mid-Range Esthetics</small>		Estimation des recettes annuelles brutes <small>\Estimated Gross Annual Receipts: \$ _____</small>	
Exfoliations à l'acide, solution dont la concentration est supérieure à 30%, mais inférieure à 61% <small>\Acid peels greater than 30% but less than 61% solution concentration</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N	Micropigmentation <small>\Micropigmentation</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N
Machines Arasy <small>\Arasy machines</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N	Suppression de grain de beauté uniquement à l'aide d'une solution <small>\Mole removal by solution only</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N
BB crème semi-permanente au <i>microneedling</i> <small>\ BB Glow</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N	Massage myofascial <small>\Myofascial massage</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N
Appareil de mise en forme par vibration du corps <small>\Body vibration fitness machines</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N	Oxygeneo	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N
Coolsculpting	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N	Stylo à plasma <small>\ Plasma-Pen</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N
Électrocoagulation <small>\Electrocoagulation</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N	Traitements par radiofréquences <small>\Radio frequency treatments</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N
SEM – Stimulation électromusculaire y compris le traitement par Acuscope et Myopulse <small>\EMS – Elector Muscular Stimulation including Acuscope and Myopulse</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N	Sclérothérapie <small>\Sclerotherapy</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N
Endermologie <small>\Endermologie</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N	Puncture de la peau et micropuncture <small>\Skin and micro needling</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N
Isométrie fluide <small>\Fluid Isometrics</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N	Suppression d'acrochordons par solution ou laser <small>\Skin tag removal by solution or laser</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N
Hyaluron Pen	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N	Blanchissement des dents <small>\Teeth whitening</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> 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 <small>\Laser/IPL/EPL/LHE various operations but not including laser treatments for purposes other than skin and hair treatment</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N	Thermolyse <small>\Thermolysis</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N
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 <small>\LILT & LLLT – low intensity laser therapy for weight reduction and gain, addictions, mental illness and pain reduction</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N	Thermo-Lo <small>\Thermo-Lo</small>	<input type="checkbox"/> O_Y <input type="checkbox"/> N

PROGRAMME DE SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE – PROPOSITION POUR CENTRES D'ESTHÉTIQUES, SALON DE COIFFURE, SANTÉ ET BIENÊTRE (LES PROPOSITIONS SUPPLÉMENTAIRES NE SONT PAS ANNEXÉES)
\ HEALTH & WELLNESS PROGRAM – BASIC SPA OPERATIONS APPLICATION (SUPPLEMENTARY APPLICATIONS NOT ATTACHED)

Traitement par micro-courant \Micro current treatment	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Serrage et régénération vaginale et traitement de l'incontinence \ Vaginal Tightening and Incontinence Treatment	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Microdermabrasion \Microdermabrasion	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Vibrodermabrasion	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Soins esthétiques haut de gamme \High End Esthetics:		Estimation des recettes annuelles brutes \Estimated Gross Annual Receipts: \$ _____	
Réduction de la cellulite et remodelage et amincissement corporel au moyen d'un dispositif électronique \Cellulite reduction and body contouring and slimming by electronic device	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Détatouage avec Eliminik \ Tattoo removal by Eliminik	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Diagnosics par biorésonance \Bio resonance diagnostics	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Injections corporelles à des fins cosmétiques répertoriées dans notre "Proposition complémentaire pour les injections" \ Body injections for cosmetic purposes listed within our "injectable supplemental application"	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Suppression de tatouage par laser/LIP/LPE/ELC \Tattoo removal by Laser/IPL/EPL/LHE	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Injection de Plasma Riche en Plaquettes (PRP) \ Platelet Rich Plasma	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N

Services professionnels divers

Miscellaneous Professional Services:

Laminage des sourcils \ Brow Lamination	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Microblading	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Trempage des cils \Eyelash Dipping	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Bijoux à dents \Tooth gems	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Extensions de cils \Eyelash Extensions	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Prothèses capillaires – non fixées avec un adhésif \ Wigs – Not attached by adhesive	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Teinture des cils \Eyelash Tinting	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Latisse	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Rallonges capillaires \Hair Extensions	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Vitamines holistiques \ Hollistic Vitamins	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Bronzage – rayons UV \ Tanning - UV	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		

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

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: _____

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

INSTALLATIONS AQUATIQUES \WET AREAS

Nombre de piscines \# of Swimming Pools? _____

Tremplins \Diving Boards	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
Y a-t-il des glissades \Are there any Slides?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
Produits chimiques vérifiés quotidiennement \Chemicals Tested Daily	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		
Spa/Bain tourbillon/Sauna/Bain de vapeur \HotTub/Whirl Pool/Sauna/Steam room	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Nombre d'unités \# of units _____	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N

DESCRIPTION DES ACTIVITÉS \DESCRIPTION OF OPERATIONS

Utilisez-vous une friteuse \Do you use a deep fat fryer?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Servez-vous de l'alcool dans le cadre de votre service \Do you ever serve alcohol as part of your service?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Casse-coûte sur les lieux \Snack Bar on Premises?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Louez-vous de l'espace à des entreprises connexes \Do you rent space to associated businesses?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N

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

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

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:

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

Veuillez décrire toutes les procédures de stérilisation/prévention de contamination croisée

\Please describe all sterilization/cross-contamination prevention procedures:

PROGRAMME DE SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE – PROPOSITION POUR CENTRES D'ESTHÉTIQUES, SALON DE COIFFURE, SANTÉ ET BIENÊTRE (LES PROPOSITIONS SUPPLÉMENTAIRES NE SONT PAS ANNEXÉES) Page 5 de 6
\ HEALTH & WELLNESS PROGRAM – BASIC SPA OPERATIONS APPLICATION (SUPPLEMENTARY APPLICATIONS NOT ATTACHED)

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

- 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
- 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
- Activités d'enseignement et de formation** O Y N → Dans l'affirmative, veuillez remplir la proposition complémentaire Activités d'enseignement et de formation
\ Teaching Operations \ If yes, please complete the Teaching 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 <small>\YEARS OF EDUCATION</small>	ANNÉES D'EXPÉRIENCE <small>\YEARS OF EXPERIENCE</small>	ACTIVITÉS DE CHAQUE INDIVIDU <small>\OPERATIONS OF EACH INDIVIDUAL</small>	T/P, T/P OU CONTRAT <small>\ F/T, P/T OR CONTRACT</small>	CERTIFICAT ANNEXÉ <small>\CERTIFICATION ATTACHED?</small>

- **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 O Y N
\Does the Company store any medical/health information for clients?

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

• Si oui, l'entreprise respecte-t-elle les normes minimales de la LPRDE ou les exigences respectives de la LOI SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DANS LE SECTEUR PRIVÉ (cryptage et pare-feu en place)? O Y N
\ If yes, does the Company follow the minimum standards under PIPEDA or the respective PIPA requirements (encryption and firewalls in place)?

• 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.

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.

PROGRAMME DE SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE – PROPOSITION POUR CENTRES D'ESTHÉTIQUES, SALON

DE COIFFURE, SANTÉ ET BIENÊTRE (LES PROPOSITIONS SUPPLÉMENTAIRES NE SONT PAS ANNEXÉES)

Page 6 de 6

\ HEALTH & WELLNESS PROGRAM – BASIC SPA OPERATIONS APPLICATION (SUPPLEMENTARY APPLICATIONS NOT ATTACHED)

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:

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