

**CLINQUES / ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ – ASSURANCE POUR FAUTES
PROFESSIONNELLES MÉDICALES ET RESPONSABILITÉ CIVILE DES ENTREPRISES
\\ HEALTHCARE CLINICS / FACILITIES – MEDICAL MALPRACTICE AND CGL INSURANCE**

Page 1 de 8

PROPOSANT \\ APPLICANT:

1. Nom du professionnel de la santé/de la société et toutes ses filiales/tous ses établissements (proposant)

\\ Name of Health Professional/Company with all subsidiaries/Institution (Applicant):

Exploitez-vous une franchise? \\ Are they operating a franchise? ☐ O\\Y ☐ N

Adresse \\ Address: _____

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

2. Type d'entreprise \\ Form of Business: ☐ Individuelle \\ Individual ☐ Société ou autre organisme \\ Corporation or Other Organization
☐ Partenariat ou société en participation \\ Partnership or Joint-Venture

3. Adresse du site Web \\ Web Site Address: _____

4. Emplacements des succursales \\ Branch Office locations: _____

5. Année de fondation de la société \\ Year Company was Established: _____

Est-ce une nouvelle société (formée au cours des 3 dernières années)

\\ Is this a new company (company formed within the past 3 years)?

☐ O\\Y ☐ N

Si oui, veuillez joindre le CV du directeur/des directeurs \\ If yes, please attach the resume(s) of the principal(s).

6. a) Nombre d'employés salariés \\ Total Number of Salaried Employees:

	Temps plein \\ Full-Time	Temps partiel \\ Part-Time		Temps plein \\ Full-Time	Temps partiel \\ Part-Time
Médecins \\ Physicians:			Infirmiers autorisés (IA) \\ Registered Nurses (RNs):		
Médecins residents/Stagiaires \\ Resident/Interns:			Infirmiers praticiens (IA[cat. spéc.]) \\ Nurse Practitioner (RN[EC]):		
Technologues du diagnostic (Rayons X, IRM, tomodensitogramme) \\ Diagnostic Technicians (X-Ray, MRI, CAT):			Infirmiers auxiliaires autorisés: (inf. aux. aut.) \\ Registered Practical Nurses (RPNs)		
Techniciens de laboratoire/en pathologie \\ Lab/Path Technicians:			Professionnels paramédicaux: (Veuillez confirmer): \\ Allied Health Professional: (Please list)		
Adjoints aux médecins \\ Physician Assistants:			Tous les autres employés \\ All other Employees:		

- b) Nombre total d'entrepreneurs indépendants (professionnels qui travaillent au sein de l'entreprise du proposant, mais qui ne sont PAS des employés) \\ Total Number of Independent Contractors (professionals that works at Applicant's business but are NOT employees):

i) Médecins/Chirurgiens
\\ Physicians/Surgeons:

Orthopédistes \\ Orthopedics: _____

Anesthésistes \\ Anesthesiologists: _____

Gynécologues \\ Gynaecology: _____

Urologues \\ Urologists: _____

Omnipraticiens \\ General Practitioners: _____

Autre spécialiste (veuillez dresser la liste) \\ Other Specialist (please list): _____

- ii) Professionnels paramédicaux (veuillez confirmer le nombre pour chacun) : \\ Allied Healthcare Professionals (please list number of each):

- c) Est-ce que tous les employés sont couverts par la CAT? \\ Are all Employees covered by W.C.B.?

☐ O\\Y ☐ N

Si vous avez répondu NON, veuillez expliquer \\ If NO, please explain: _____

7. Accréditation \\ Accreditation:

Est-ce que le proposant est un établissement accrédité \\ Is the Applicant an accredited facility?

☐ O\\Y ☐ N

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

**CLINQUES / ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ – ASSURANCE POUR FAUTES
PROFESSIONNELLES MÉDICALES ET RESPONSABILITÉ CIVILE DES ENTREPRISES
\\ HEALTHCARE CLINICS / FACILITIES – MEDICAL MALPRACTICE AND CGL INSURANCE**

Page 2 de 8

8. a) Veuillez indiquer la discipline de chaque médecin et chirurgien qui travaillent à la clinique et mentionner le nom de l'assureur en responsabilité professionnelle de chacun
\\ List the name the discipline of every physician and surgeon working at the clinic and state the name of the Professional Liability insurer of each.

Nom \\ Name	Titre professionnel \\ Professional Designation	Assureur antérieur \\ Prior Insurer

- b) Veuillez fournir les renseignements suivants pour TOUS les employés qui ne sont pas mentionnés dans la question ci-dessus.
Veuillez utiliser une feuille distincte au besoin \\ Complete the following for ALL employees not listed in question above. Use a separate sheet if necessary.

Nom \\ Name	Services \\ Duties	Qualification/Études (inclure le nom de l'établissement et si assujetti à une réglementation provinciale) \\ Qualification/Education (include name of institution and if provincially regulated)	Années d'expérience \\ Years of Exp.

- c) 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 ☐ O\\Y ☐ N
\\ Are you now or have you, within the past five years, practiced subject to any restriction or limitation imposed upon your license?

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

- d) Avez-vous déjà fait l'objet de réprimandes de la part d'un comité d'octroi des licences ☐ O\\Y ☐ N
\\ Have you ever been disciplined by a licensing body?

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

9. Information financière annuelle \\ Annual Financial Information:

- a) Revenus de l'exercice financier courant Revenus de l'exercice financier précédent
\\ Current Financial Year Revenue: \$ _____ \\ Previous Financial Year Revenue: \$ _____

- b) Quel pourcentage des revenus/fonds est généré par: \\ What percentage of revenues/funds are generated from:
Financement public \\ Government Funding: _____ % Financement privé \\ Private Funding: _____ %
Dons de charité \\ Charitable Donations: _____ %

- c) Quel pourcentage des patients traités sont: \\ What percentage of Patients treated are:
Résidents du Canada \\ Canadian Residents: _____ % Non-résidents du Canada \\ Non-Canadian Residents: _____ %

- d) Total des actifs bruts \\ Total Gross Assets: \$ _____

10. a) Veuillez indiquer le nombre de visites/consultations/traitements/séances au cours de la dernière année
\\ Please indicate the number of visits/consultations/treatments/sessions during the past year: _____

- b) Traitez-vous les mineurs \\ Do you treat minors? ☐ O\\Y ☐ N
Si oui, obtenez-vous le consentement écrit des parents \\ If yes, do you obtain written parental agreements? ☐ O\\Y ☐ N

11. Le proposant est-il engagé dans des activités d'enseignement \\ Is the Applicant engaged in any teaching? ☐ O\\Y ☐ N
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): _____

12. Le proposant/la société dispose-t-il/elle d'emplacements/d'employés, ou exerce-t-il/elle des activités à l'extérieur du Canada? ☐ O\\Y ☐ N
\\ Does the Applicant/Company have locations, operations or employees outside of Canada ie US or other?
Si oui, veuillez fournir des détails \\ If yes, please provide details: _____

**CLINIQUES / ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ – ASSURANCE POUR FAUTES
PROFESSIONNELLES MÉDICALES ET RESPONSABILITÉ CIVILE DES ENTREPRISES
\\ HEALTHCARE CLINICS / FACILITIES – MEDICAL MALPRACTICE AND CGL INSURANCE**

Page 3 de 8

ACTIVITÉS COMMERCIALES \\ BUSINESS OPERATION:

13. Tableau des services \\ Schedule of Services:

☐ Médecine familiale \\ General Family Medicine	_____ %	☐ Clinique de traitement de la douleur \\ Pain Management Clinic	_____ %
☐ Clinique d'homéopathie \\ Homeopathic Clinic	_____ %	☐ Clinique de physiothérapie \\ Physiotherapy Clinic	_____ %
☐ Clinique laser \\ Laser Clinic	_____ %	☐ Clinique d'échographie \\ Ultrasound Clinic	_____ %
☐ Clinique de naturopathie \\ Naturopathic Clinic	_____ %	☐ Clinique de radiologie \\ X-Ray Clinic	_____ %
☐ Laboratoire de pathologie \\ Pathology Lab	_____ %	☐ Établissement d'enseignement en soins infirmiers- Ray Clinic \\ Nursing Teaching Facility-Ray Clinic	_____ %
☐ Centre de santé professionnelle \\ Occupational Health Clinic	_____ %	☐ Établissement d'enseignement médical \\ Medical Teaching Facility	_____ %
		☐ Services de counseling (Veuillez préciser les services offerts) \\ Counselling Services (Please specify list of services provided)	_____ %

14. Définissez le type d'établissement \\ Define the type of facility:

		% des revenus \\ % of Revenue	Nombre d'interventions par an \\ Annual # of Procedures
☐ Centre chirurgical \\ Surgical Centre:	☐ Orthopédie \\ Orthopedics ☐ Ophtalmologie \\ Ophthalmology ☐ Chirurgie plastique \\ Plastic Surgery ☐ Gynécologie \\ Gynaecology ☐ Gastro-intestinal \\ Gastro-Intestinal ☐ Greffe de cheveux \\ Hair Transplant ☐ Perte de poids avec bande gastrique \\ Lap-Band Weight Loss		
	☐ Autre (Veuillez préciser) \\ Other (Please specify): _____		
☐ Centre de diagnostic \\ Diagnostic Centre:	☐ Rayons-X \\ X-Ray ☐ Tomodensitogramme \\ CAT Scan ☐ IRM \\ MRI ☐ Laboratoire d'analyses sanguines \\ Blood Lab ☐ Coloscopie \\ Colonoscopy ☐ Mammographie \\ Mammography ☐ Autre (veuillez préciser) \\ Other (Please specify): _____		
☐ Clinique médicale \\ Medical Clinic:	☐ Médecine générale de soins primaires \\ Primary General Practice ☐ Un médecin \\ Single Physician ☐ Plusieurs médecins \\ Multiple Physician ☐ Équipe de santé familiale \\ Family Health Team ☐ Clinique sans rendez-vous \\ Walk-in Clinic ☐ Clinique de fertilité \\ Fertility Clinic		

15. Veuillez fournir des détails sur les nouvelles activités ou les nouveaux développements susceptibles de se produire au cours des prochains douze (12) mois (p.ex., projets de construction ou nouveaux programmes cliniques)
\\ Please provide details of any new activities or developments that are likely to occur within the next 12 months, (e.g. new construction projects or new clinical programs):

16. Essais cliniques \\ Clinical Trials:

Est-ce que le proposant participe à des essais cliniques \\ Does the Applicant participate in Clinical Trials:

☐ O ☐ Y ☐ N

Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes \\ If yes, please complete the following questions:

- a) Veuillez indiquer pour le compte de qui les projets de recherche clinique sont entrepris (commanditaires d'essai y compris une société pharmaceutique, des fondations de recherche, etc.) \\ Please state for whom Clinical Research Projects are undertaken (Trial Sponsors including Pharmaceutical Company, Research Foundations, etc.): _____

**CLINQUES / ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ – ASSURANCE POUR FAUTES
PROFESSIONNELLES MÉDICALES ET RESPONSABILITÉ CIVILE DES ENTREPRISES
\\ HEALTHCARE CLINICS / FACILITIES – MEDICAL MALPRACTICE AND CGL INSURANCE**

Page 4 de 8

- b) Recevez-vous une indemnisation intégrale des commanditaires d'essais ☐ OUY ☐ N
\\ Do you receive full indemnity from the clinical trial sponsors?
- c) Veuillez préciser les revenus annuels issus des essais cliniques \\ Please provide annual revenue derived from Clinical Trial activity: \$ _____
- d) Veuillez indiquer le nombre d'essais qui ont été réalisés au cours des douze (12) derniers mois en indiquant le nombre de bénévoles pour chaque essai \\ Please state the number of trials during the last 12 months detailing the number of volunteers in each trial: _____
- e) Veuillez indiquer le nombre d'essais prévus auquel le proposant participera au cours des douze (12) prochains mois, en indiquant le nombre de bénévoles pour chaque essai \\ Please state the anticipated number of trials with which the Applicant will be involved in during the next 12 months detailing the number of volunteers in each trial: _____
- f) Consentement éclairé \\ Informed Consent:
- Est-ce que les bénévoles signent un formulaire de consentement éclairé? Si oui, veuillez joindre une copie au formulaire de proposition \\ Do Volunteers sign an informed consent form? If Yes, please attach a copy to the application form. ☐ OUY ☐ N
- Est-ce que des études à double insu sont réalisées et est-ce que les bénévoles sont informés clairement du format de l'étude \\ Are double blind studies conducted and are volunteers clearly made aware of study format? ☐ OUY ☐ N
- Est-ce que des bénévoles en âge de procréation participent aux essais ☐ OUY ☐ N
\\ Do trials involve female volunteers of child-bearing age?
- g) Est-ce que le proposant réalise des activités de recherche, d'essai ou expérimentales officielles dans les catégories suivantes: \\ Does the Applicant conduct any formal research, testing or experimental activities in the following categories:
- | | | | |
|---------------------------|---|---|---|
| Grefte \\ Transplant | ☐ OUY ☐ N | Recherche sur les embryons humains \\ Human Embryo Research | ☐ OUY ☐ N |
| Chirurgie \\ Surgery | ☐ OUY ☐ N | Organe artificiel \\ Artificial Organ | ☐ OUY ☐ N |
| Obstétrique \\ Obstetrics | ☐ OUY ☐ N | Génie génétique \\ Genetic Engineering | ☐ OUY ☐ N |

17. S'il s'agit d'un établissement chirurgical \\ If Surgical Facility:

- Le proposant possède-t-il une banque de sang \\ Does the Applicant have a blood bank? ☐ OUY ☐ N
- Le proposant réalise-t-il des analyses sanguines ou de produits sanguins ☐ OUY ☐ N
\\ Does the Applicant undertake any testing of blood or blood products?
- Est-ce que 100 % du sang et des produits sanguins sont obtenus auprès de la Société canadienne du sang ☐ OUY ☐ N
\\ Is 100% of the blood or blood products secured from Canadian Blood Services?
- Veuillez indiquer le nombre moyen d'unités de sang ou de produits sanguins utilisés annuellement par le proposant
\\ Please state the average number of units of blood or blood products used by the Applicant annually: _____

Veuillez fournir des détails sur les installations et les procédures d'entreposage du sang

\\ Please provide details on blood storage facilities and procedures: _____

18. S'il s'agit d'une clinique de fertilité \\ If Fertility Clinic:

- a) Veuillez fournir la ventilation en pourcentage (100%) du nombre de cycles entrepris
\\ Please provide percentage (100%) breakdown of the number of cycles undertaken:
- | | | | |
|---|---------|---|---------|
| IAC \\ A.I.H. | _____ % | Remplacement d'embryons congelés \\ Frozen Embryo Replacement | _____ % |
| IAD \\ A.I.D. | _____ % | GIFT | _____ % |
| FIV/TE/Produit transgénique \\ IVF/ET/PROST | _____ % | | |
- Autres(veuillez préciser et indiquer les nombres) \\ Others(please specify and indicate numbers): _____
- b) Des services de counseling sont-ils offerts aux clients \\ Are counselling services available to patients? ☐ OUY ☐ N
- c) Est-ce que le sperme du donneur est analysé, cryoconservé et mis en quarantaine conformément aux pratiques exemplaires en vigueur \\ Is all donor semen screened, cryo-preserved and quarantined in line with current best practices? ☐ OUY ☐ N

19. S'il s'agit d'une clinique de diagnostic \\ Clinique If a Diagnostic Clinic:

- a) Nombre approximatif d'analyses par balayage ou imagerie réalisées au cours d'une année
\\ Estimate number of scan and/or images completed in a year? _____
- b) Nombre approximatif d'échographies obstétriques (surveillance foetale) réalisées au cours d'une année
\\ Estimate number of obstetrical ultrasounds (fetal scans) in a year? _____

20. S'il s'agit d'un établissement de greffe de cheveux \\ If a Hair Transplant Facility:

- a) Veuillez fournir le nombre total de procédures réalisées au cours d'une année \\ Please provide total number of procedures in a year: _____

**CLINQUES / ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ – ASSURANCE POUR FAUTES
PROFESSIONNELLES MÉDICALES ET RESPONSABILITÉ CIVILE DES ENTREPRISES
\\ HEALTHCARE CLINICS / FACILITIES – MEDICAL MALPRACTICE AND CGL INSURANCE**

Page 5 de 8

b) Veuillez fournir la ventilation en pourcentage entre \ Please provide the percentage breakdown between:

- i) Greffe d'unités folliculaires \ Follicular Unit Strip Surgery(FUSS): _____ %
- ii) Extraction par unités folliculaires \ Follicular Unit Extraction (FUE): _____ %
- iii) Réduction du cuir chevelu \ Scalp Reduction: _____ %

21. S'il s'agit de soins à domicile, personnels et de relève \ If Home, Personal, and Respite Care:

- a) Le proposant est-il un infirmier agréé \ Is the Applicant a licensed nurse? ☐ O \ ☐ Y ☐ N
- b) Le proposant administre-t-il des médicaments \ Does the Applicant dispense medication? ☐ O \ ☐ Y ☐ N
- c) 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.)? \ Do you or any of your employees provide any manual handling/lifting services ie. Picking patients/residents up from their seats/beds etc.? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

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

**22. S'il s'agit d'imagerie 3D, d'échographie, d'échographie médicale, et d'échographiste
\\ If 3D Imaging Ultrasound, Medical Ultrasound, and Sonographer:**

- a) Les analyses par balayage sont-elles utilisées à des fins de diagnostic médical
\\ Are scans for medical diagnostic purposes? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

23. S'il s'agit de diététistes et nutritionnistes \ If Dietitians and Nutritionists:

- a) Certaines recommandations faites dépassent-elles les tolérances de fabrication ou les limites réglementaires en matière de dosage \ Are recommendations made that exceed manufacturing and/or regulatory limits for dosage? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

24. S'il s'agit de vétérinaires \ If Veterinarians:

- a) Veuillez indiquer la valeur la plus élevée des animaux pour lesquels vous offrez des services
\\ Please state the largest value of animal on which services are performed: \$ _____
- b) Est-ce que le proposant offre des services pour des animaux destinés à des activités commerciales
\\ Do you provide services to animals in commercial operations? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

25. S'il s'agit de service de counseling, d'hypnothérapie, et de psychologues \ If Counselling, Hypnotherapy, and Psychologists:

- a) Pratiquez-vous la thérapie par mémoire retrouvée ou régressive \ Do you conduct Recovered/Regression Memory Therapy? ☐ O \ ☐ Y ☐ N
- b) Offrez-vous des services d'hypnose dans un cadre non médical (c.-à-d., pour le divertissement ou à des fins sociales) \ Do you provide hypnosis services in a non-medical setting (i.e. entertainment or social purposes)? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

26. Est-ce que le proposant \ Has the Applicant:

- a) A été impliqué dans la publication de revues, manuels techniques, périodiques ou bulletins
\\ Been involved in publishing any magazines, technical manuals, periodicals or bulletins? ☐ O \ ☐ Y ☐ N
- b) Au nom de ses intervenants, participé à une publicité, à la télédiffusion ou à des droits de reproduction
\\ On behalf of its stakeholders, engaged in advertising, broadcasting or reproduction of copyright? ☐ O \ ☐ Y ☐ N
- c) A été impliqué dans des activités telles que lobbying politique ou négociations collectives
\\ Been involved in activities such as political lobbying or labour negotiations? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

27. Est-ce que le proposant \ Does the Applicant:

- a) Participe à un groupe ou un comité d'examen par les pairs afin d'évaluer les qualifications et le rendement d'autrui \ Act as participant in a peer review group or committee for assessing the qualifications and performance of others? ☐ O \ ☐ Y ☐ N
- b) Participe à un groupe ou comité d'examen par les pairs afin d'évaluer les produits fabriqués, vendus, manipulés ou distribués par autrui
\\ Act as participant in a peer review group or committee for assessing the quality of products manufactured, sold, handled or distributed by others? ☐ O \ ☐ Y ☐ N
- c) Exécute des mesures disciplinaires ou recommande des mesures disciplinaires par suite de activités d'examen des pairs \ Carry out any disciplinary action or recommend disciplinary action as a result of peer review activities? ☐ O \ ☐ Y ☐ N

28. Services de sous-traitance \ Sub-contracted Services:

- a) Quelles fonctions ou installations le proposant confie-t-il en sous-traitance \ What functions or facilities do you sub-contract: _____
- | | | | |
|---|--|--|--|
| Soins infirmiers \ Nursing: | ☐ O \ ☐ Y ☐ N | Blanchisserie \ Laundry: | ☐ O \ ☐ Y ☐ N |
| Nettoyage \ Cleaning: | ☐ O \ ☐ Y ☐ N | Entretien des routes \ Road Maintenance: | ☐ O \ ☐ Y ☐ N |
| Préparation des repas \ Meal Preparation: | ☐ O \ ☐ Y ☐ N | Aménagement paysager/Tonte de la pelouse \ Landscaping/Lawn cutting: | ☐ O \ ☐ Y ☐ N |

**CLINIQUES / ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ – ASSURANCE POUR FAUTES
PROFESSIONNELLES MÉDICALES ET RESPONSABILITÉ CIVILE DES ENTREPRISES
\\ HEALTHCARE CLINICS / FACILITIES – MEDICAL MALPRACTICE AND CGL INSURANCE**

Page 6 de 8

Sécurité \ Security: ☐ O\Y ☐ N

Exploitation d'un garage ou terrain de stationnement \ Parking Garage or Lot Operation: ☐ O\Y ☐ N

Élimination des déchets \ Waste Disposal: ☐ O\Y ☐ N

Déneigement \ Snow Removal: ☐ O\Y ☐ N

Autre/Other: _____

b) Les sous-traitants détiennent tous une assurance Responsabilité Civile Commerciale d'au moins 2 000 000\$ et sont-ils ajoutés comme assurés additionnels \ Do all sub-contractors carry minimum \$2,000,000 Commercial Insurance and add the applicant as an additional insured? ☐ O\Y ☐ N

c) Est-ce que tous les contrats et/ou accords avec des tiers requièrent un examen et l'approbation des cadres supérieurs \ Do all contracts and/or third party agreements require review and approval by senior management? ☐ O\Y ☐ N

Si oui, qui a la responsabilité fonctionnelle d'approbation \ If yes, who has the functional responsibility for approval?

Nom et titre \ Name and Title: _____

d) Si le proposant confie un travail en sous-traitance, une preuve d'assurance est-elle requise \ If the Applicant subcontracts work, is proof of insurance required? ☐ O\Y ☐ N

29. Existe-t-il des obligations contractuelles connues où le proposant doit fournir de l'assurance au nom d'autrui ou tenir autrui indemne \ Is there any known contractual obligations where the Applicant has to provide insurance on behalf of another or hold another harmless? ☐ O\Y ☐ N

Si oui, veuillez énumérer les contrats de location, ententes d'embranchement ferroviaire, etc., et fournir des copies des ententes \ If yes, please list all lease agreements, railway siding agreements, etc. & provide copies of agreements.

Des assurés supplémentaires doivent-ils être ajoutés à la police \ Are there any Additional Insureds to be added to the policy? ☐ O\Y ☐ N

Si oui, veuillez énumérer et indiquer la raison \ If yes, list and state purpose:

Nom \ Name	En relation avec \ In Connection With

30. Veuillez fournir tous les détails relatifs à l'endroit et la façon dont sont conservés les dossiers médicaux et préciser pendant combien de temps ils sont conservés \ Please give full details of where and how are medical records kept and for how long they are retained:

31. Est-ce que le proposant travaille avec des athlètes professionnels \ Does the Applicant work with Professional Athletes? ☐ O\Y ☐ N

32. Si des traitements au laser sont offerts, ceux-ci incluent-ils le détatouage \ If laser treatment is performed, does this include tattoo removal? ☐ O\Y ☐ N

33. Si la microdermabrasion et/ou l'exfoliation à l'acide est pratiquée, veuillez indiquer le % maximal de concentration utilisée \ If Microdermabrasion and/or Acid Peels are performed, please state maximum % of concentration used: _____%

34. Veuillez répondre aux questions suivantes au meilleur de la connaissance du proposant à la signature de la proposition \ Please complete the following to the best of the Applicant's knowledge at the signing of the Application:

a) L'organisme dirigeant du proposant dispose d'un processus officiel pour la surveillance de la gestion des risques qui comprend des rapports périodiques décrivant les réalisations en matière de gestion des risques \ The governing body of the Applicant has a formal process for oversight of Risk Management that includes regular reports outlining the achievements of risk management. ☐ O\Y ☐ N

Si oui, veuillez fournir le plus récent rapport remis à l'organisme dirigeant et une brève description du processus interne de production de rapports \ If yes, please provide the latest report provided to the governing body and a brief description of the internal reporting process.

b) Les procédures de déclaration des incidents sont clairement documentées, diffusées et mises en application dans l'ensemble de l'organisme du proposant \ Procedures for incident reporting are clearly documented, disseminated and implemented throughout the Applicant's organization. ☐ O\Y ☐ N

c) La conservation des dossiers médicaux (copie électronique ou papier) est conforme aux exigences réglementaires \ Medical record (electronic or paper) retention is in compliance with regulatory requirements. ☐ O\Y ☐ N

d) Une procédure de gestion des plaintes est en vigueur et signalée adéquatement aux cadres supérieurs \ Complaint management procedure is in place and appropriately reported to senior executives. ☐ O\Y ☐ N

e) Des mécanismes officiels sont en vigueur pour la sélection, le recrutement, l'orientation et la gestion du rendement de tous les employés et du personnel médical indépendant \ Formal mechanisms are in place for selection, recruitment, orientation and performance management of all employees and independent medical staff. ☐ O\Y ☐ N

f) Un mécanisme officiel est en vigueur pour la délivrance d'accréditations, le refus de privilèges et le renouvellement d'accréditations du personnel médical \ A formal mechanism is in place for medical staff credentialing, privilege declination and/or re-credentialing. ☐ O\Y ☐ N

**CLINQUES / ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ – ASSURANCE POUR FAUTES
PROFESSIONNELLES MÉDICALES ET RESPONSABILITÉ CIVILE DES ENTREPRISES
\\ HEALTHCARE CLINICS / FACILITIES – MEDICAL MALPRACTICE AND CGL INSURANCE**

Page 7 de 8

- g) Le proposant respecte toutes les exigences réglementaires en matière de santé et sécurité au travail ☐ O ☐ N
\\ The Applicant is in compliance with all regulatory workplace health & safety requirements.
- h) Le proposant élimine tous les déchets conformément aux exigences réglementaires ☐ O ☐ N
\\ The Applicant disposes of all waste in accordance with regulatory requirements.
- i) Le proposant stérilise les instruments conformément aux pratiques exemplaires en vigueur ☐ O ☐ N
\\ The Applicant sterilizes instruments in accordance with current best practice guidelines.
- j) Le proposant respecte les lignes directrices du fabricant en ce qui a trait aux produits, dispositifs et équipement jetables ☐ O ☐ N
\\ Applicant complies with manufacturer guidelines with respect to single-use products, devices or equipment.

RÉCLAMATIONS \\ CLAIMS:

35. Au cours des cinq (5) dernières années, est-ce que le proposant/la société, ses partenaires, dirigeants ou employés ont fait l'objet d'une ordonnance de cesser et de s'abstenir ou d'une demande écrite ou de procédures civiles pour dommages-intérêts compensatoires ☐ O ☐ N
\\ Has the Applicant/Company, 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 past 5 years?
Si oui, veuillez fournir des explications sur une feuille distincte (date de la réclamation, nom du réclamant, etc.)
\\ If yes, please provide a full n explanation on a separate sheet: such as Date of claim, Claimant's name etc.
36. Le proposant/la société, ses partenaires, dirigeants, ou employés sont-ils au courant de tout conflit d'emploi ou tout litige en matière d'honoraires s'étant produit au cours des cinq (5) dernières années? ☐ O ☐ N
\\ Is the Applicant/Company, its partners, officers or employees aware of any job disputes or fee disputes during the last five (5) years?
Si oui, veuillez fournir une description \\ If yes, please describe: _____
37. Le proposant/la société, ses partenaires, dirigeants, ou employés sont-ils au courant de tout fait, toute situation ou de toute circonstance pouvant donner lieu à une demande écrite ou une procédure civile en dommages-intérêts compensatoires? ☐ O ☐ N
\\ Is the Applicant/Company, its partners, officers or employees aware of any other fact, situation or circumstance that may result in a written demand or civil proceedings for compensatory damages?
Si oui, veuillez fournir une description \\ If yes, please describe: _____
38. Le proposant/la société a-t-il/elle déjà présenté une réclamation ou intenté une poursuite contre une autre partie? ☐ O ☐ N
\\ Has the Applicant/Company ever brought a claim or suit against another party?
Si oui, veuillez fournir une description \\ If yes, please describe: _____
39. Veuillez joindre une liste de toutes les réclamations, tous les litiges, toutes les poursuites et toutes les allégations de non-exécution présentés au cours des 5 dernières années contre le proposant/la société, ou l'un de ses employés ou partenaires
\\ Attach a list of 'all' claims, disputes, suits or allegations of non-performance made during the past 5 years against the Applicant/Company or any employee or partner.

ASSURANCE ANTÉRIEURE \\ PREVIOUS INSURANCE:

40. Est-ce que le proposant/la société a souscrit à une assurance pour fautes professionnelles médicales au cours des 5 dernières années ☐ O ☐ N
\\ Has the Applicant / Company carried Medical Malpractice Insurance in the past 5 years?

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

41. Le proposant s'est-il déjà vu refuser ou annuler une assurance pour cette société ☐ O ☐ N
\\ Has the Applicant ever had insurance refused or cancelled for this Company?
Si oui, veuillez expliquer \\ If yes please explain: _____
42. 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? ☐ O ☐ N
\\ 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?

CLINIQUES / ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ – ASSURANCE POUR FAUTES PROFESSIONNELLES MÉDICALES ET RESPONSABILITÉ CIVILE DES ENTREPRISES
\ HEALTHCARE CLINICS / FACILITIES – MEDICAL MALPRACTICE AND CGL INSURANCE

Page 8 de 8

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	☐ 500 \$ ☐ 1 000 \$ ☐ 2 500 \$	☐ 250 000 \$ ☐ 500 000 \$ ☐ 1 000 000 \$	
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 les biens. Veuillez remplir la proposition complémentaire pour cliniques de soins médicaux \ Optional Property Coverage is available. Please complete Healthcare Clinics Supplemental Property Application			

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.

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 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 : 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