

PROPOSANT \ APPLICANT :

- Nom du proposant \ Name of Applicant : _____
 Adresse \ Address: _____
 Ville \ City: _____ Province: _____ Code postal \ Postal Code: _____
- Adresse du site Web \ Web Site Address: _____
- Êtes-vous inscrit au College of Traditional Chinese Medicine Practitioners and Acupuncturists of British Columbia (CTCMA)? Si oui, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous. \ Have you registered with the College of Traditional Chinese Medicine Practitioners and Acupuncturists of British Columbia (CTCMA)? If yes, please provide information as below? O \ N
 Date d'inscription \ Date of Registration: _____ No d'inscription \ Registration No.: _____ Désignation \ Designation : _____
 Dr. TCM R.TCM.P. R.Ac. R.TCM.H.
- Renseignements sur les candidats (prière de joindre CV/diplômes/certificats, le cas échéant) \ Details on all Applicants (please attach resumes/diplomas/certificates if any):

Nom \ Name	Qualifications professionnelles \ Professional Qualifications	Date de qualification \ Date Qualified	Années d'expérience en tant que praticien de MCT ou d'acupuncture \ Years of experience as TCM or Acupuncture Practitioners

- Veuillez cocher (✓) les thérapies pour lesquelles vous êtes qualifié \ Please check (✓) therapies that you are qualified to provide :

<input type="checkbox"/> Acupuncture \ Acupuncture <input type="checkbox"/> Aromathérapie \ Aroma Therapy <input type="checkbox"/> Rétroaction bio \ Bio Feedback <input type="checkbox"/> Cône d'oreille \ Ear Candling <input type="checkbox"/> Counseling holistique \ Holistic Counseling <input type="checkbox"/> Magnétothérapie \ Magnetic Therapy <input type="checkbox"/> Naturopathie \ Naturopathy <input type="checkbox"/> Réflexologie \ Reflexology <input type="checkbox"/> Grattage cutané \ Skin Scraping <input type="checkbox"/> Acupression Tapas \ Tapas Acupressure <input type="checkbox"/> Massage crânien Wu \ Wu Head Massage	<input type="checkbox"/> Acupression \ Acupressure <input type="checkbox"/> Auriculothérapie \ Auriculotherapy <input type="checkbox"/> Médecine chinoise \ Chinese medicine <input type="checkbox"/> Premiers soins \ First Aid <input type="checkbox"/> Homéopathie \ Homeopathy <input type="checkbox"/> Massage thérapeutique \ Massage Therapy <input type="checkbox"/> Thérapie nutritionnelle \ Nutrition Therapy <input type="checkbox"/> Reiki <input type="checkbox"/> Thérapie spirituelle \ Spiritual Therapy <input type="checkbox"/> Toucher thérapeutique \ Therapeutic Touch <input type="checkbox"/> Yoga	<input type="checkbox"/> Test d'allergie \ Allergy Testing <input type="checkbox"/> Ayurveda <input type="checkbox"/> Drainage postural avec percussion \ Cupping <input type="checkbox"/> Thérapie par la chaleur \ Heat Therapy <input type="checkbox"/> Iridiologie \ Iridology <input type="checkbox"/> Moxibustion <input type="checkbox"/> Qi Gong <input type="checkbox"/> Shiatsu <input type="checkbox"/> Tai Chi <input type="checkbox"/> Tuina <input type="checkbox"/> Thérapie Zen \ Zen Therapy
---	--	---

Veuillez indiquer les thérapies que vous pratiquez si elles ne figurent pas dans la liste ci-dessus. \ Please provide details if your therapy does not appear in the above list: _____

- Offrez-vous de l'enseignement ou de la formation en MCT ou acupuncture? \ Do you provide TCM/Acupuncture teaching or instructing? Si oui, veuillez fournir plus d'informations \ If yes, please provide details. O \ N
 Nbre approx. d'étudiants par an \ Approx. No. of student per year: _____ Nbre approx. d'heures par sem. \ Approx. no. of hours per week: _____ Revenu annuel approximatif issu de l'enseignement \ Estimate Annual Income from teaching: _____
- Est-ce une nouvelle société (formée au cours des 3 dernières années) \ Is this a new company (formed within the past 3 years) ? O \ N
 Si oui, prière de joindre le CV du directeur/des directeurs. \ If yes, please attach the resume(s) of the principal(s).
- a) Le proposant est-il actuellement inscrit en tant qu'étudiant \ Is the applicant currently enrolled as a student ? O \ N
 b) Y a-t-il au moins un employé actuellement inscrit en tant qu'étudiant \ Are any of the employees currently enrolled as students ? O \ N
 c) En quelle qualité le proposant ou les employés exercent-ils en dehors de l'école ou du programme? (p. ex.: prestation de services aux clients) \ In what capacity is the applicant and/or employees operating outside of the school or program? (i.e. performing services customers) O \ N

9. Nombre d'employés \ Number of Employees:

Temps plein (CAN) \ Full-time: Cdn: _____ É.-U. \ US: _____ Temps partiel (CAN) \ part-time: Cdn: _____ É.-U. \ US: _____

10. Le proposant/la société dispose-t-il d'emplacements ou exerce-t-il des activités à l'extérieur du Canada O \ N

\ Does the Applicant/Company have locations or operations outside of Canada?

ACTIVITÉS COMMERCIALES \ BUSINESS OPERATION:

11. Frais associés aux activités du proposant \ Fees from Applicant's operations:

12 derniers mois (échéance) \ Last 12 months (expiring)	12 mois à venir (estimation) \ Next 12 months (estimates)
\$	\$

12. a) Veuillez confirmer toutes les activités commerciales pour lesquelles une couverture est demandée. (Fournir tout dépliant ou liste des services offerts) \ List all the business activities that coverage is being requested for. (Please provide any brochures or list of services offered):

Activité \ Activity	Pourcentage du revenu \ Percentage of income
	%
	%
	%

b) Le proposant vend-il des produits \ Does the Applicant sell any products? O \ N

Si oui, fournir une estimation du revenu annuel \ If yes, estimated annual revenue: _____ \$

c) Certains produits sont-ils importés \ Are any products imported? O \ N

Si oui, de quel(s) pays \ If yes, from where? _____

13. Le proposant est-il engagé dans toute activité ou profession autre que celles indiquées à la question 12 ci-dessus? O \ N

\ Is the Applicant engaged in any business or profession other than described in 12 above?

a) Le proposant est-il engagé dans des activités d'enseignement? \ Is the Applicant engaged in any teaching? O \ N

Si oui, veuillez indiquer l'activité ou 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):

14. Travaillez-vous avec des enfants âgés de moins de 16 ans \ Do you work with children under the age of 16? O \ N

Si oui, veuillez indiquer l'âge et dans quelles circonstances \ If yes, Please advise what age and under what circumstances:

15. Le proposant est-il dirigé, détenu ou associé à une autre société, entreprise ou corporation? O \ N

\ Is the Applicant controlled, owned or associated with any other company, firm or corporation?

16. a) Le proposant doit-il détenir un permis pour exercer sa pratique \ Is License required in order for the Applicant to practice? O \ N

N° de permis \ License #: _____

b) Est-ce que les employés ont tous un permis valide \ Do all employees carry a valid license? O \ N

Si non, veuillez fournir une explication \ If no, please explain: _____

17. Le proposant bénéficie-t-il d'une assurance responsabilité civile professionnelle (erreurs et omissions) ou d'une assurance pour faute médicale fournie par une association \ Does the Applicant currently carry E&O or Medical Malpractice insurance through an association? O \ N

Si oui, veuillez indiquer le nom de l'association, les montants de garantie, le nom de l'assureur et le nom du courtier d'assurance \ If yes, please name the association, limits of liability, insurer, and insurance broker:

18. Conservez-vous des dossiers pendant au moins 7 ans pour tous les patients O \ N

\ Do you keep records for at least 7 years for all patients?

Si non, veuillez indiquer pourquoi \ If no, please advise why the answer is N. _____

19. Obtenez-vous le consentement par écrit du patient avant de commencer un traitement? O \ N

\ Do you obtain satisfactory consent in writing from each patient prior to starting treatment?

Si oui, veuillez joindre une copie du formulaire original, de consentement ou de renonciation du client.

\ If yes, please attach sample copy of consent form, intact form or client waiver.

20. Le proposant a-t-il un dossier de mesures disciplinaires auprès de l'association professionnelle applicable (y compris la révocation ou la suspension d'un permis imposée par l'autorité de délivrance du permis) O Y N

\ Does the Applicant have a record of disciplinary action with the applicable professional association (including revocation or suspension of a license imposed by the licensing authority) ?

Si oui, veuillez fournir une explication \ If yes, please explain: _____

21. Le proposant travaille-t-il avec des athlètes professionnels \ Does the Applicant work with Professional Athletes? O Y N

22. Les deux questions ci-dessous ne s'adressent qu'aux individus pratiquant le **counseling**, l'**hypnothérapie** et la **psychologie**

\ These questions is only applicable to **Counseling, Hypnotherapy, and Psychologists**:

- a) Avez-vous recours à la thérapie par mémoire retrouvée ou régressive \ Do you use Recovered/Regression Memory Therapy? O Y N

- b) Offrez-vous des services d'hypnose dans un cadre non médical (pour le divertissement ou à des fins sociales) O Y N

\ Do you provide hypnosis services in a non-medical setting (i.e. entertainment or social purposes) ?

23. Renseignements sur les proposants (veuillez joindre le CV de chaque proposant) \ Details on all Applicants (please attach resumes):

Nom \ Name	Qualifications professionnelles \ Professional Qualifications	Date de qualification \ Date Qualified	Années de pratique \ Years in Practice	Années comme associé \ Years as Partner

RÉCLAMATIONS \ CLAIMS:

24. Le proposant/la société, ou ses associés, administrateurs, dirigeants ou employés, ont-ils déjà reçu une ordonnance de cesser et de renoncer, ou une demande écrite ou une procédure civile en dommages-intérêts compensatoires présentée contre eux au cours des 5 dernières années O Y N

\ Has the Applicant/Company, its partners, directors, 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 une explication sur une feuille distincte avec la date de la réclamation, le nom du demandeur, la nature de la réclamation, le montant du paiement de l'indemnité, les frais de défense, les dispositions finales et l'état actuel de la réclamation

\ If YES, please provide an explanation on a separate sheet: such as Date of claim, Claimant's name, Nature of claim, Amount of indemnity payment, Defense costs, Final dispositions or current status of claim.

25. Le proposant/la société, ou ses associés, administrateurs, dirigeants ou employés, sont-ils au courant de faits, de situations ou de circonstances pouvant entraîner une demande écrite ou une procédure civile en dommages-intérêts compensatoires O Y N

\ Is the Applicant/Company, its partners, directors, 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 détaillée/If YES, please describe in detail: _____

26. Le proposant/la société a-t-il déjà présenté une réclamation ou intenté une poursuite contre une autre partie O Y N

\ Has the Applicant/Company ever brought a claim or suit against another party ?

Si OUI, veuillez fournir une description \ If YES, please describe: _____

27. Veuillez joindre une liste de l'ensemble des réclamations, litiges, poursuites et allégations de non-exécution présentés au cours des 5 dernières années contre le proposant/la société, ou contre l'un de ses administrateurs, dirigeants, employés ou associés (y compris les réclamations, les litiges, les poursuites et les allégations de violence corporelle, mentale ou sexuelle)

\ 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 director, officer, employee or partner. (including any claims, disputes, suits or allegations of physical, mental or sexual abuse)

FAUTE MÉDICALE – PROPOSITION POUR PRATICIEN DE MÉDECINE DOUCE

\ MEDICAL MALPRACTICE – ALTERNATIVE THERAPISTS APPLICATION

ASSURANCE ANTÉRIEURE \ PREVIOUS INSURANCE:

28. Est-ce que le proposant/la société a souscrit à cette assurance de la responsabilité civile professionnelle au cours des 5 dernières années \ Has the Applicant/Company carried Errors and Omission Insurance in the past 5 years? O \ N

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

29. Le proposant s'est-il déjà fait refuser ou annuler une assurance pour cette société \ Has the Applicant ever had insurance refused or cancelled for this Company? O \ N

Si OUI, veuillez expliquer \ If YES, explain: _____

30. 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

IL EST ENTENDU QUE SI DE TELS FAITS, CIRCONSTANCES OU SITUATIONS SONT CONNUS, TOUTE RÉCLAMATION OU ACTION QUI EN DÉCOULERAIT PAR LA SUITE SERA EXCLUE DE LA GARANTIE OFFERTE EN VERTU DE L'ASSURANCE PROPOSÉE.

\ IT IS AGREED THAT IF THERE IS ANY KNOWLEDGE OF ANY SUCH FACT, CIRCUMSTANCE OR SITUATION, ANY CLAIM OR ACTION SUBSEQUENTLY ARISING IT IS EXCLUDED FROM COVERAGE UNDER THE PROPOSED INSURANCE.

PIÈCES JOINTES \ ATTACHMENTS:

- CV de tous les directeurs \ Resumes of all Principals
- Contrat standard, clauses de garantie \ Standard Contract form, guarantee clauses
- Brochures ou matériel promotionnel \ Brochures or promotional materials
- Proposition complémentaire – Assurances des biens \ Supplemental Application – Property Coverage –

ASSURANCE REQUISE \ COVERAGE REQUIRED

ASSURANCE \ COVERAGE	Franchise \ Deductible	Montant de garantie \ Limit of Coverage	Prime \ Premium
ONTARIO Faute médicale: sur la base des réclamations présentées, coûts inclus \ Medical Malpractice: claims made form, costs inclusive	1 000 \$	<input type="checkbox"/> 1 000 000 \$ par réclamation \ each claim, 5 000 000 \$ au total \ Policy Aggregate <input type="checkbox"/> 2 000 000 \$ par réclamation \ each claim, 5 000 000 \$ au total \ Policy Aggregate <input type="checkbox"/> 3 000 000 \$ par réclamation \ each claim, 5 000 000 \$ au total \ Policy Aggregate <input type="checkbox"/> 5 000 000 \$ par réclamation \ each claim, 5 000 000 \$ au total \ Policy Aggregate	\$
TOUTES LES AUTRES PROVINCES \ ALL OTHER PROVINCES (excl. ONTARIO) Faute médicale: sur la base des réclamations présentées, coûts inclus \ Medical Malpractice: claims made form, costs inclusive	500 \$	<input type="checkbox"/> 1 000 000 \$ par réclamation \ each claim, 2 000 000 \$ au total \ Policy Aggregate <input type="checkbox"/> 1 000 000 \$ par réclamation \ each claim, 5 000 000 \$ au total \ Policy Aggregate <input type="checkbox"/> 2 000 000 \$ par réclamation \ each claim, 4 000 000 \$ au total \ Policy Aggregate <input type="checkbox"/> 2 000 000 \$ par réclamation \ each claim, 5 000 000 \$ au total \ Policy Aggregate <input type="checkbox"/> 3 000 000 \$ par réclamation \ each claim, 5 000 000 \$ au total \ Policy Aggregate <input type="checkbox"/> 5 000 000 \$ par réclamation \ each claim, 5 000 000 \$ au total \ Policy Aggregate	\$

Conformément à la Loi sur les sociétés d'assurances du Canada, tout document serait dans le cadre des activités d'assurance des souscripteurs de Lloyd's au Canada. \ For purposes of the Insurance Companies Act (Canada), any document would be issued in the course of Lloyd's Underwriters' insurance business in Canada.

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 complet \ Printed Name :

Date :

Poste occupé \ Position Held :

Signature du proposant \ Applicant's Signature :

Courtage \ Brokerage :

Nom du courtier \ Broker Name :

Courriel du courtier \ Broker Email :

Tél. du courtier \ Broker phone :

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