

PROPOSANT \ APPLICANT :

1. Nom du professionnel de la santé, de la société (et toutes ses filiales) ou de l'institution (proposant) \ Name of Health Professional, Company (w. all subsidiaries) or Institution (Applicant): _____
 Exploitez-vous une franchise \ Are they operating a franchise? OY N
 Adresse \ Address: _____
 Ville \ City: _____ Province: _____ Code postal \ Postal Code: _____
2. Adresse du site Web \ Web Site Address: _____
3. Emplacements de la succursale \ Branch Office locations: _____
4. Année de fondation de la société \ Year Company was Established: _____
 Est-ce une nouvelle société (formée au cours des 3 dernières années) OY N
 \ Is this a new company (company formed within the past 3 years)?
 Si OUI, prière de joindre le CV du directeur/des directeurs \ If YES, please attach the resume(s) of the principal(s).
5. Date de l'obtention du diplôme ou de la certification (employé au niveau de la direction) \ Date of graduation/certification (principal employee): _____
 a) Le proposant est-il actuellement inscrit en tant qu'étudiant \ Is the applicant currently enrolled as a student? OY N
 b) Le proposant est-il actuellement inscrit en tant qu'étudiant \ Is the applicant currently enrolled as a student? OY N
 c) Y a-t-il au moins un employé actuellement inscrit en tant qu'étudiant \ Are any of the employees currently enrolled as students? OY N
 d) 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)

6. Nombre d'employés Temps plein (CAN) Cdn: _____ Temps partiel Cdn: _____
 \ Number of Employees: \ Full-time : É.-U.\ US: _____ (CAN) \ part-time: É.-U.\ US: _____
7. Les employés sont-ils tous couverts pour les accidents du travail (CSST ou autre) \ Are all Employees covered by W.C.B.? OY N
 Si non, veuillez fournir une explication \ If NO, please explain: _____
8. Le proposant/la société dispose-t-il d'emplacements ou exerce-t-il des activités à l'extérieur du Canada? OY N
 \ Does the Applicant/Company have locations or operations outside of Canada?

ACTIVITÉS COMMERCIALES \ BUSINESS OPERATION:

9. 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)
\$	\$

10. 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? OY N
 Si oui, fournir une estimation du revenu annuel \ If yes, estimated annual revenue: _____ \$
- c) Certains produits sont-ils importés \ Are any products imported? OY N
 Si oui, de quel(s) pays \ If yes, from where? _____
11. Le proposant est-il engagé dans toute activité ou profession autre que celles indiquées à la question 10 ci-dessus? \ Is the Applicant engaged in any business or profession other than described in 10 above? OY N
 a) Le proposant est-il engagé dans des activités d'enseignement? \ Is the Applicant engaged in any teaching? OY 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): _____

FAUTE MÉDICALE – PROPOSITION POUR PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

\ MEDICAL MALPRACTICE – INDIVIDUAL HEALTHCARE PROFESSIONALS APPLICATION

12. Le proposant est-il dirigé, détenu ou associé à une autre société, entreprise ou corporation? OY N
 \ Is the Applicant controlled, owned or associated with any other company, firm or corporation?
13. a) Le proposant doit-il détenir un permis pour exercer sa pratique \ Is License required in order for the Applicant to practice ? OY N
 N° de permis \ License #: _____
- b) Est-ce que les employés ont tous un permis valide \ Do all employees carry a valid license? OY N
 Si non, veuillez fournir une explication \ If no, please explain: _____
14. À quelle association professionnelle le proposant appartient-il \ What professional association does the Applicant belong to ?

15. 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 ? OY 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:

16. 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) OY 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: _____
17. Le proposant utilise-t-il un contrat écrit avec ses clients \ Does the Applicant use a written contract with clients? OY N
 La plupart du temps \ Majority of the Time
 Si le proposant confie en sous-traitance du travail, une preuve d'assurance est-elle requise \ If the Applicant subcontracts work, is proof of insurance required ? OY N
18. Le proposant travaille-t-il avec des athlètes professionnels \ Does the Applicant work with Professional Athletes ? OY N
19. Les trois questions ci-dessous ne s'adressent qu'aux individus participant à des activités de soins à domicile, personnels ou de répit \ These questions are only applicable to those involved in Home, Personal, and Respite Care :
 a. Le proposant est-il un infirmier ou une infirmière autorisé(e) \ Is the Applicant a licensed nurse ? OY N
 b. Le proposant dispense-t-il des médicaments \ Does the Applicant dispense medication ? OY N
 c. Est-ce que vous ou vos employés fournissez des services de manipulation ou de levage manuel (soulever des patients ou des résidents de leur siège ou lit, etc.) \ Do you or any of your employees provide any manual handling/lifting services i.e. picking patients/residents up from their seats/beds etc. ? OY N
 Si oui, veuillez indiquer quelle formation a été fournie. \ If yes, please confirm what training has been provided.

20. Les activités/services comprennent-ils la correction de la vue au laser \ Do operations/services include laser vision correction ? OY N
21. Les deux questions ci-dessous ne s'adressent qu'aux individus utilisant des systèmes d'imagerie en 3D par ultrasons, d'ultrasons médicaux et d'échographie. \ This question is only applicable to those involved in 3D Imaging Ultrasound, Medical Ultrasound, and Sonographer :
 a. Les analyses par balayage (scans) sont-elles utilisées à des fins de diagnostic médical \ Are scans used for medical diagnostic purposes ? OY N
 b. Fournissez-vous un diagnostic ou une interprétation des analyses par balayage (scans) à certaines personnes \ Do you provide any diagnostic or any interpretation of the scans to anyone ? OY N
22. Les activités et les services comprennent-ils ceux traditionnellement offerts par une sage-femme \ Do operations/services include those traditionally done by a midwife ? OY N
23. La question suivante ne s'adresse qu'aux diététistes et nutritionnistes \ This question is only applicable to 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 or regulatory limits for dosage ? OY N
24. Les activités comprennent-elles la vente de médicaments sur Internet \ Do operations include the sale of medication on the internet ? OY N
25. Les deux questions ci-dessous ne s'adressent qu'aux vétérinaires \ These questions is only applicable to Veterinarians :
 a. Veuillez indiquer la valeur la plus élevée des animaux pour lesquels vous exercez votre pratique \ Please state the largest value of animal that you perform services on: _____ \$

FAUTE MÉDICALE – PROPOSITION POUR PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

\ MEDICAL MALPRACTICE – INDIVIDUAL HEALTHCARE PROFESSIONALS APPLICATION

- b. Offrez-vous des services pour des animaux destinés à des activités commerciales \ Do you provide services to animals in commercial operations? O \ Y N
26. 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
27. Si la microdermabrasion 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: _____ %
28. Les deux questions ci-dessous ne s'adressent qu'aux individus pratiquant le counseling, l'hypnothérapie et la psychologie \ These questions are only applicable to Counseling, Hypnotherapy, and Psychologists:
- a. Pratiquez-vous 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) \ Do you provide hypnosis services in a non-medical setting (i.e. entertainment or social purposes) ? O \ Y N
29. Renseignements au sujet des associés et des directeurs \ Details on all Partners and Directors:

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:

30. 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 \ 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? O \ Y N
- 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.
31. Le proposant/la société, ou ses associés, administrateurs, dirigeants ou employés, ont-ils connaissance de tout conflit d'emploi ou de litiges d'honoraires s'étant produit au cours des cinq (5) dernières années \ Is the Applicant/Company, its partners, directors, officers or employees aware of any job disputes or fee disputes during the last five (5) years? O \ Y N
- Si OUI, veuillez fournir une description \ If YES, please describe: _____
32. 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 \ 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? O \ Y N
- Si OUI, veuillez fournir une description détaillée \ If YES, please describe in detail: _____
33. Le proposant/la société a-t-il déjà présenté une réclamation ou intenté une poursuite contre une autre partie \ Has the Applicant/Company ever brought a claim or suit against another party? O \ Y N
- Si OUI, veuillez fournir une description \ If YES, please describe: _____
34. 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)

ASSURANCE ANTÉRIEURE \ PREVIOUS INSURANCE:

35. 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 \ Y N

FAUTE MÉDICALE – PROPOSITION POUR PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

\ MEDICAL MALPRACTICE – INDIVIDUAL HEALTHCARE PROFESSIONALS APPLICATION

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

36. Le proposant s'est-il déjà fait refuser ou annuler une assurance pour cette société OUI N

\ Has the Applicant ever had insurance refused or cancelled for this Company?

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

37. 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 OUI 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?

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 –

RÉSUMÉ D'ASSURANCE \ COVERAGE SUMMARY

Date à laquelle l'assurance est requise \ Date Coverage required: _____ Prime cible \ Target Premium : _____ \$

ASSURANCE \ COVERAGE	Franchise \ Deductible	Montant de garantie \ Limit of Coverage	Prime \ Premium
Faute médicale: sur la base des réclamations présentées, coûts inclus \ Medical Malpractice: claims made form, costs inclusive	<input type="checkbox"/> 500 \$ <input type="checkbox"/> 1 000 \$ <input type="checkbox"/> 2 500 \$ <input type="checkbox"/> _____ \$	<input type="checkbox"/> 250 000 \$ / 250 000 \$ <input type="checkbox"/> 500 000 \$ / 500 000 \$ <input type="checkbox"/> 1 000 000 \$ / 1 000 000 \$ <input type="checkbox"/> _____ \$ / _____ \$	\$
RESPONSABILITÉ CIVILE DES ENTREPRISES: sur la base des événements \ COMMERCIAL GENERAL LIABILITY: occurrence form - Dommages corporels et matériels, Produits et activités complétées, préjudices personnels, paiements médicaux (10 000 \$) \ Bodily Injury and Property Damage, Products & Completed Operations, Personal Injury Liability, Medical Payments (\$10,000)	\$	\$	\$
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	\$	\$	\$

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.

FAUTE MÉDICALE – PROPOSITION POUR PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

\ MEDICAL MALPRACTICE – INDIVIDUAL HEALTHCARE PROFESSIONALS 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 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