

PROPOSANT \ APPLICANT

Nom légal de l'établissement (proposant) \ Legal Name of Facility (Applicant): _____

Adresse \ Address: _____

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

Veillez dresser la liste de toutes les filiales ou entités connexes telles que les fondations, les auxiliaires ou les sociétés à but lucratif, qui exercent un contrôle, ou sont sous le contrôle du proposant. (Veillez décrire la/les fonction(s) de chacune et sa relation avec l'organisme) \ Please list any subsidiary or related entities such as foundations, auxiliaries or profit-making corporations, which control, or are controlled by applicant. (Please describe function(s) of each and its relationship to the organization.)

| Nom des activités \ Name of Operations | Relation avec le proposant \ Relationship to Applicant | Description des activités \ Description of Operations |
|--|--|---|
| | | |
| | | |

Adresse du site Web \ Web Site Address: _____

Veillez dresser la liste de tous les emplacements \ List all locations: _____

Année de fondation de l'organisme \ Year Organization was Established: _____

S'il s'agit d'un nouvel organisme, veuillez joindre le CV du directeur/des directeurs \ If this is a new organization, please attach the resume(s) of the principal(s).

Votre organisme est-il reconnu à titre d'organisme sans but lucratif \ Is your Organization Classified as Not for Profit? O Y N

Est-ce que le proposant offre des services ou effectue des tâches ou possède des emplacements à l'extérieur du Canada ou pour des clients qui sont à l'extérieur du Canada \ Does the Applicant provide services or perform activities or have locations outside Canada or for clients who are outside Canada? O Y N

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

ACTIVITÉS \ OPERATIONS

Cure en établissement (non médicale) \ Residential Treatment (Non-Medical) Cure en établissement (médicale) \ Residential Treatment (Medical)

Désintoxication des patients hospitalisés (médicale) \ Inpatient Detox (Medical) Désintoxication des patients hospitalisés (non médicale) (stade deux) \ Inpatient Detox (Non-Medical) (Secondary Stage)

Autre, veuillez fournir une description complète ci-dessous \ Other, please describe operations in full below: _____

RÉSIDENTS / PATIENTS \ RESIDENTS / PATIENTS

Patients de l'établissement (nombre pour chaque catégorie) \ Facility Patients (number of each): Moins de 18 \ Under 18 18 - 65 Plus de 65 \ Over 65

Genre \ Gender: Homme \ Male Femme \ Female Mixte \ Co-ed

Durée moyenne du séjour \ Average Length of Stay: _____ Durée maximale du séjour \ Max Length of Stay: _____

Obtenez-vous le consentement écrit des parents lorsque vous traitez des mineurs \ Do you obtain written parental agreements if and when treating minors? O Y N

Est-ce que chaque résident fait l'objet d'une évaluation lors de son admission dans l'établissement \ Is each resident assessed upon admission to the facility? O Y N

Si vous avez répondu non, sur une feuille distincte, veuillez décrire les procédures qui servent à déterminer qui est admissible \ If No, please describe procedures which determines who is eligible, on a separate sheet.

Existe-t-il des protocoles pour l'évaluation continue des résidents \ Are there protocols for ongoing assessments of residents? O Y N

Est-ce que l'évaluation des nouveaux résidents comprend une évaluation du risque de suicide \ Does assessment of new residents include evaluation risk for suicide? O Y N

Disposez-vous d'une stratégie de traitement et de surveillance anti-suicide \ Do you have a Suicide Treatment & Monitoring Strategy? O Y N

Est-ce que l'évaluation des nouveaux résidents comprend une évaluation du risque de violence \ Does assessment of new residents include evaluation of risk for violence? O Y N

Est-ce que tous les résidents ont leur propre médecin traitant? Si vous avez répondu non, qui exerce ce rôle \ Do all residents have their own attending physician? If no, who performs the role? O Y N

Existe-t-il un protocole d'entrée et de sortie pour \ Do you have sign in/sign out procedures for: Personnel \ Staff Clients \ Résidents/Clients/Residents Visiteurs/Public \ Visitors/Public

EMPLOYÉS / BÉNÉVOLES \ EMPLOYEES / VOLUNTEERS

Est-ce que votre formulaire de demande d'emploi du personnel (rémunéré et bénévole) comprend des questions visant à déterminer si l'individu a déjà été reconnu coupable d'un crime, y compris des infractions de nature sexuelle ou de maltraitance d'enfants dans une province ou un pays \ Does your staff (paid and volunteer) employment application include questions about whether the individual has ever been convicted of any crime, including sex-related or child-abuse related offenses in any province or country? O \ N

Est-ce que votre formulaire de demande d'emploi du personnel (rémunéré et bénévole) comprend une question visant à déterminer si le professionnel a déjà été tenu, à la demande d'une commission d'octroi des licences ou d'un comité d'éthique professionnel, de céder sa licence ou s'il a été reconnu coupable de violation des codes d'éthique professionnels, d'inconduite professionnelle, de conduite non professionnelle, d'incompétence ou négligence, dans une province ou un pays \ Does your employment application (paid and volunteer) include a question about whether the professional has ever been required by any licensing board or professional ethics body to surrender their license or if they have ever been found guilty of violation of professional ethics codes, professional misconduct, unprofessional conduct, incompetence or negligence, in any province or country? O \ N

Exigez-vous et recevez-vous toujours les enquêtes sur les antécédents issus des rapports de police, des registres des personnes coupables de maltraitance d'enfants ou vérifications policières pour tous les employés et bénévoles potentiels \ Do you always request and receive background investigations from police reports, child abuse registries or checks on all prospective employees and volunteers? O \ N

Y a-t-il du personnel sur place jour et nuit \ Is staff available around the clock every day? O \ N

Veillez indiquer le nombre de personnes employées par votre organisme (nombre équivalent de personnes à temps plein) \ Please indicate Number of Persons Employed by your Organization (Equivalent Number of Full-Time Persons):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Médecins \ Physicians | <input type="checkbox"/> Conseillers \ Counselors | <input type="checkbox"/> Naturopathes \ Naturopaths |
| <input type="checkbox"/> Pharmaciens \ Pharmacists | <input type="checkbox"/> Agents chargés de cas \ Case Workers | <input type="checkbox"/> Ergothérapeutes \ Occupational Therapists |
| <input type="checkbox"/> Infirmiers praticiens \ Nurse Practitioners | <input type="checkbox"/> Physiothérapeutes \ Physiotherapists | <input type="checkbox"/> Diététistes/Nutritionnistes \ Dietitians/Nutritionists |
| <input type="checkbox"/> Adjoints aux médecins \ Physicians Assistant | <input type="checkbox"/> Podologistes \ Chiropodists | <input type="checkbox"/> Thérapeutes en loisirs/activité physique \ Recreation/Activation Therapists |
| <input type="checkbox"/> Infirmiers autorisés \ Registered Nurses | <input type="checkbox"/> Kinésologues \ Kinesiologists | <input type="checkbox"/> Entretien ménager/Blanchisserie \ Housekeeping/Laundry |
| <input type="checkbox"/> Infirmiers auxiliaires autorisés/Aides-infirmiers \ Registered Practical Nurse/Nurse Aides | <input type="checkbox"/> Audiologistes/Orthophonistes \ Audiologists/Speech Language | <input type="checkbox"/> Cuisiniers/Services alimentaires \ Cook/Food Services |
| <input type="checkbox"/> Infirmiers auxiliaires agréés/Adjoints aux IA \ Licensed Practical Nurse/RN Assistants | <input type="checkbox"/> Thérapeutes respiratoires \ Respiratory Therapists | <input type="checkbox"/> Coiffeurs \ Hairdresser |
| <input type="checkbox"/> Préposés aux services de soutien à la personne \ Personal Support Workers | <input type="checkbox"/> Massothérapeutes autorisés \ Register Massage Therapists | <input type="checkbox"/> Gestion/Administration \ Management/Administrative |
| <input type="checkbox"/> Psychologues \ Psychologists | <input type="checkbox"/> Chiropraticiens \ Chiropractors | <input type="checkbox"/> Autre: veuillez préciser \ Other: Please specify |
| <input type="checkbox"/> Travailleurs sociaux \ Social Workers | <input type="checkbox"/> Acupuncteurs \ Acupuncturists | |

Est-ce que tous les employés sont couverts en vertu d'un régime d'indemnisation provincial des accidents de travail \ Are all employees covered by Provincial Worker's Compensation? O \ N

CHAPITRE SUR LA GESTION DES RISQUES \ RISK MANAGEMENT SECTION

SERVICES DE SOINS MÉDICAUX \ MEDICAL CARE SERVICES

Offrez-vous un traitement d'entretien à la méthadone \ Do you provide a methadone maintenance program? O \ N

Si oui, à quel endroit est entreposée la méthadone \ If yes, where is the methadone stored? _____

Nombre de clients par année auxquels seule la méthadone est prescrite \ Number of methadone-only clients annually: _____

Décrivez les mesures de protection pour empêcher tout détournement de la méthadone pour les employés ou clients \ Describe measures to guard against the diversion of methadone by employees and/or clients: _____

Lorsqu'un traitement médical est administré, acceptez-vous les clients ayant des antécédents de délire toxi-alcoolique ou convulsions \ When Medical Treatment given, do you accept clients with a history of delirium tremens (DTs) or seizures? O \ N

Veillez préciser le niveau de soins ASAM offert pour la désintoxication \ Please indicate the ASAM Level of Care provided for Detoxification:

Niveau I \ Level I _____ Niveau II \ Level II _____ Niveau III.2 \ Level III.2 _____ Niveau III.7 \ Level III.7 _____ Niveau IV \ Level IV _____

Par titre de poste, qui occupe des postes dans ces établissements \ By job title, who staffs the facilities? _____

Quels membres du personnel administrent les médicaments \ Which staff members dispense the medications? _____

Est-ce que tous les médicaments et l'équipement sont entreposés dans un lieu verrouillé \ Are all medications and equipment kept in a locked facility? O \ N

Si non, à quel endroit sont-ils entreposés \ If No, where are they kept? _____

Quels membres du personnel y ont accès \ Which staff members have access? _____

Y a-t-il des politiques et procédures en vigueur pour la prescription/l'administration des médicaments O Y N

\ Do you have policies and procedures in place for prescribing/administering medication?

Quel équipement médical possédez-vous \ What medical equipment do you have? _____

Conservez-vous un journal des patients qui reçoivent des soins \ Do you maintain a log of all those who receive care? O Y N

Conservez-vous les antécédents médicaux et les dossiers de soins de chaque personne O Y N

\ Do you maintain medical history and care records for each individual?

Disposez-vous d'un plan pour les urgences médicales \ Do you have a plan for medical emergencies? O Y N

Y a-t-il une personne sur les lieux qui a reçu une formation en RCP/Premiers soins O Y N

\ Is someone trained in CPR / First Aid on premises?

Offrez-vous le service de prélèvement sanguin? \ Do you provide Blood Sample collection? O Y N

Si oui, veuillez préciser \ If yes, specify: _____

Veuillez fournir une description des méthodes de désintoxication, y compris les médicaments utilisés

\ Please describe all methods of detox, including the medications utilized: _____

Si le proposant est doté d'une ligne de gestion des crises, veuillez répondre aux questions suivantes

\ If the applicant provides a crisis hotline, please answer the following:

Quels types de problèmes sont traités par la ligne de gestion des crises \ What types of problems are treated by the hotline? _____

Avez-vous recours à des bénévoles pour la ligne de gestion des crises \ Do you use volunteers on the hotline? O Y N

Heures d'ouverture de la ligne de gestion des crises \ Hours of operation for the hotline: _____

VEUILLEZ JOINDRE LES PROTOCOLES DÉCRIVANT LES PROCÉDURES DE TRAITEMENT DES APPELS QUI ENTRENT PAR LA LIGNE DE GESTION DES CRISES \ PLEASE ATTACH PROTOCOLS OUTLINING THE PROCEDURES FOR HANDLING A CRISIS HOTLINE CALL

Si le proposant offre un programme de loisirs, veuillez décrire les activités en détail

\ If the applicant provides a recreation program, please describe activities in full detail: _____

TRANSPORT \ TRANSPORTATION

Offrez-vous du transport aux clients? Si oui, veuillez expliquer \ Do you provide transportation to clients? If yes, please explain: O Y N

Est-ce que les employés/bénévoles conduisent leurs propres dans le cadre des activités de votre organisme O Y N

\ Do employees/volunteers drive their own vehicles on your Organization's business?

Si oui à la question ci-dessus \ Signalent-ils cette utilisation à leur assureur \ Do they report this use to their insurer? O Y N

Souscrivent-ils à une garantie en responsabilité civile d'au moins un million de dollars en vertu de leur police d'assurance automobile personnelle \ Do they carry a minimum of \$1MM Auto Third Party Liability limit on their Personal Automobile policy? O Y N

\ If Yes to Above:

Est-ce qu'une attestation d'assurance est requise comme preuve de leur assurance automobile O Y N

\ Is a certificate of insurance being requested for proof of their Automobile insurance?

LIEUX \ PREMISES

Année de construction des lieux \ Year Premises Built: _____ No d'étages \ # of Stories: _____

Construction de l'immeuble \ Building Construction: _____

Type de système chauffage \ Heating Type: _____ Type de système électrique \ Electrical Type: _____

Veuillez fournir une description des améliorations apportées à l'immeuble, y compris la date des rénovations

\ Describe any updates to building including date of update: _____

Alarme contre le vol \ Burglar Alarm - O Y N Reliée à une centrale \ Monitored - O Y N Gicleurs \ Sprinklered - O Y N

Y a-t-il des projets de rénovation ou de nouvelle construction \ Are there any plans for renovations or new construction? O Y N

Si oui, veuillez expliquer \ If yes please explain: _____

Nombre d'extincteurs d'incendie sur les lieux \ How many fire extinguishers on premises? O Y N

À quelle fréquence et par qui l'entretien est-il réalisé \ How often and by whom are they being serviced? _____

Nombre de sorties \ How many means of regress? _____ Les sorties sont-elles clairement indiquées \ Are all exits clearly marked? O Y N

Est-ce que toutes les portes sont dotées de verrous d'urgence \ Are all doors equipped with panic Hardware? O Y N

Au besoin, veuillez fournir une description sur une feuille distincte de toutes les pratiques d'entretien ménager et de nettoyage pertinentes

\ Please describe on a separate sheet if necessary all housekeeping and maintenance practices: _____

Est-ce que les aires de stationnement sont bien éclairées \ Are all parking areas well lit? O Y N

Est-ce que l'eau chaude est réglée à une température de 120 degrés \ Is the hot water set to a temperature of 120 degrees? O Y N

MESURES EN CAS D'INCENDIE ET D'URGENCE \ FIRE AND EMERGENCY PROCEDURES

- Disposez-vous d'un plan d'évacuation? Date du dernier exercice d'évacuation OY N
 \ Do you have an evacuation plan? Date of last evacuation exercise conducted? _____
- Effectuez-vous des exercices d'incendie sur une base périodique? Nombre par année OY N
 \ Do you conduct fire drills regularly? Number per year: _____
- Disposez-vous d'un plan de sécurité des personnes et est-ce qu'une formation est offerte OY N
 \ Do you have a fire life safety plan in place and is training conducted?
- Avez-vous procédé à un exercice d'évacuation avec le minimum d'effectifs en service OY N
 \ Have you conducted a fire drill with the minimum of staff you will have on duty?
- Est-ce que tous les sous-traitants doivent fournir une preuve d'assurance en responsabilité civile OY N
 \ Are all Contractors required to provide proof of appropriate liability insurance?
- Si oui, est-ce qu'une attestation d'assurance est fournie par chaque entrepreneur OY N
 \ If yes, is a Certificate of Insurance obtained from each contractor?

PROTOCOLES EN MATIÈRE DE SOINS AUX CLIENTS \ CLIENTCARE PROTOCOLS

- Quelles mesures sont prises pour superviser les activités des clients \ What measures are taken to monitor client activities? _____
- Quelles précautions prenez-vous pour empêcher les non-membres du personnel d'accéder aux zones non autorisées de la propriété OY N
 \ What precautions do you take to prevent non-staff members from accessing unauthorized areas of the property? _____
- Êtes-vous doté de procédures de déclaration des incidents et/ou de comités d'étude OY N
 \ Do you have incident reporting procedures and/or committee reviews?
- Est-ce que votre personnel connaît les procédures de signalement \ Is your staff made aware of reporting procedures? OY N
- Existe-t-il un plan de supervision écrit visant à surveiller le personnel dans ses interactions quotidiennes avec les clients, sur et à l'extérieur des lieux \ Is there a written supervision plan that monitors staff in day-to-day relationships with clients, both on and off premises? OY N
- Quelles procédures sont en place afin de s'assurer qu'aucune relation ne s'établisse entre le personnel et les clients OY N
 \ What procedures are in place to make sure no relationship occurs between staff and clients? _____
- Est-ce que des incidents ont mené à des allégations d'agression sexuelle \ Have any incidents resulted in an allegation of sexual abuse? OY N
- Est-ce que la situation a été réglée \ Was the case settled? OY N
- Est-ce que la situation a fait l'objet d'une poursuite OY N Montant payé à la victime pour dommages OY N
 \ Was the case taken to trial? \ Amount paid for damages to the victim? \$ _____

ACCRÉDITATION \ ACCREDITATION

- Est-ce que le proposant est un établissement accrédité \ Is the Applicant an accredited facility? OY N
- Organisme d'accréditation \ Accrediting Body: _____ Plus récente année d'accréditation \ Last Year Accreditation awarded: _____
- 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 \ Are you now or have you, within the past five years, practiced subject to any restriction or limitation imposed upon your license? OY N
- Si oui, veuillez fournir des détails \ If yes, please provide details: _____
- Avez-vous déjà fait l'objet de réprimandes de la part d'un comité d'octroi des licences ou d'un organisme directeur OY N
 \ Have you ever been disciplined by a licensing body, or governing body?
- Si oui, veuillez fournir des détails \ If yes, please provide details: _____
- Le proposant a-t-il déjà eu son permis révoqué ou suspendu, ou a-t-il déjà fait l'objet d'une période de probation imposée par un organisme gouvernemental responsable de la délivrance des permis OY N
 \ Has the Applicant ever had its licence revoked, suspended, or been placed on probation by any governmental Licensing agency?
- Si oui, veuillez fournir des détails \ If yes, please detail: _____

RÉCLAMATIONS \ CLAIMS

- Est-ce que l'organisme ou son propriétaire, ses partenaires, dirigeants ou employés ont déjà fait l'objet d'une ordonnance de cesser ou de s'abstenir ou d'une demande écrite ou de procédures civiles pour dommages-intérêts compensatoires? \ Has the Organization or owner, 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 the past? OY N
- Si oui, veuillez fournir des explications sur une feuille distincte (date de la réclamation, nom du réclamant, etc.) \ If yes, please provide a full explanation on a separate sheet: such as Date of claim, Claimant's name etc.

Fautes professionnelles médicales \ Medical Malpractice

- Est-ce que des allégations de négligence professionnelle ont déjà été formulées par écrit ou verbalement contre le proposant/la société/ses partenaires/ses directeurs ou l'un de ses employés \ In the past, has the Applicant/Company/its Partners/its Directors or any of his/her employees ever been the recipient of any allegations of professional negligence in writing or verbally? OY N

Le proposant/la société, ses partenaires, directeurs ou l'un de ses employés, sont-ils au courant de tout fait, toute circonstance ou toute situation pouvant raisonnablement donner lieu à une réclamation, autre que ce dont il est fait mention ci-dessus. Si oui, veuillez inclure les détails \ Is the Applicant/Company/its Partners/its Directors or any of his/her employees aware of any facts, circumstances or situations which may reasonably give rise to a claim, other than as advised above? If yes, please attach details. OUI NON

Le proposant/la société/ses partenaires/ses directeurs ont-ils déjà intenté une poursuite contre une autre partie \ Has the Applicant/Company/its Partners/its Directors ever brought a suit against another party? OUI NON

Si oui, veuillez fournir une description \ If yes, please describe: _____

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/ses partenaires/ses directeurs ou un de ses employés \ Please attach a list of all claims disputes, suits, allegations of non-performance made during the past 5 years against the Applicant/ Company/its Partners/its Directors and or any of his or her employees.

Sans préjudice à tout autre recours à la disponibilité de l'assureur, il est convenu qu'en connaissance de ce fait, de cette circonstance ou de cette situation, toute réclamation ou action qui en découle subséquemment est exclue de la garantie en vertu de l'assurance proposée \ Without limitation of any other remedy available to the insurer, it is agreed that if there be knowledge of any such fact, circumstance or situation, any claim or action subsequently emanating therefrom is excluded from coverage under the proposed insurance.

Responsabilité civile des entreprises \ Commercial General Liability

Veuillez fournir des détails concernant les réclamations ou réclamations éventuelles en matière de responsabilité qui ont été portées à l'attention du proposant au cours des trois dernières années. Pour chaque incident, veuillez indiquer la date du sinistre, la nature et la cause de la réclamation, le montant réclamé, les frais effectivement engagés (enquête sur le sinistre, frais de défense et dommages), et le statut de la réclamation. Veuillez utiliser une feuille distincte \ Please detail liability claims or potential claims that have come to the Applicant's attention during the past three years. For each incident, detail the date of the loss, nature and cause of the claim, amount claimed, costs actually incurred (claim investigation, defence costs and damages), and status of the claim. Please use a separate sheet of paper.

ASSURANCE ANTÉRIEURE \ PREVIOUS INSURANCE

Est-ce que le proposant/la société a déjà souscrit à une assurance pour fautes professionnelles médicales \ Has the Applicant / Company carried Medical Malpractice Insurance in the past? OUI NON

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

Le proposant s'est-il déjà vu refuser ou annuler une assurance pour cette société \ Has the Applicant ever had insurance refused or cancelled for this Company? OUI NON

Si oui, veuillez expliquer \ If yes please explain: _____

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? OUI NON

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 | <input type="checkbox"/> 500 \$ <input type="checkbox"/> 1 000 \$ <input type="checkbox"/> 2 500 \$ | <input type="checkbox"/> 250 000 \$ <input type="checkbox"/> 500 000 \$ <input type="checkbox"/> 1 000 000 \$ | \$ |
| RESPONSABILITÉ CIVILE DES ENTREPRISES : basée sur la survenance des dommages - Dommages corporels et dommages matériels, Produits et travaux terminés, Préjudices personnels \ COMMERCIAL GENERAL LIABILITY: occurrence form -Bodily Injury & Property Damage, Products & Completed Operations, Personal Injury Liability, | | | \$ |
| 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 crime contre la propriété et contre le bris des machines. Veuillez remplir la proposition complémentaire pour les biens \ Optional Property Crime/Equipment Breakdown Coverage is available. Please complete Property Supplemental Application.

DÉCLARATION/CONSETEMENT \ 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 demandeur \ 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