

PROGRAMME DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE – PROPOSITION SUPPLÉMENTAIRE EN PLASMA RICHE EN PLAQUETTES (PRP) \ HEALTH & WELLNESS PROGRAM – PLATELET-RICH PLASMA (PRP) SUPPLEMENTAL APPLICATION

Page 1 de 2

1. Revenus des opérations du demandeur \ Receipts from Applicant's operations:

12 derniers mois (expirant) \ Last 12 months (expiring)	Prochain 12 mois (expirant) \ Next 12 months (expiring)

2. Quels services PRP sont offerts? Cochez toutes les cases \ What PRP services are offered? Check all that apply:

☐ Restauration des cheveux \ Hair Restoration	☐ Soins du visage vampire avec peau et micro aiguilletage - exclut les liftings \ Vampire Facials with Skin & Micro needling – excludes facelifts
☐ Rajeunissement vaginal – O shots \ Vaginal Rejuvenation – O Shots	☐ Rajeunissement du cou \ Neck Rejuvenation
☐ Réduction de la cellulite \ Cellulite Reduction	☐ Dysfonction érectile - P Shots \ Erectile Dysfunction – P Shots
☐ PRP avec injections corporelles (c.-à-d. Comblement cutané) \ PRP with Body Injections (i.e. Dermal Filler) ** Demande de supplément injectable requise \ ** Injectable supplement application required	☐ Enseigner - certifier les autres en PRP \ Teaching / certifying others in PRP ** Demande d'enseignement requise \ ** Teaching application required
☐ Autres services PRP, veuillez les énumérer \ Other PRP Services, please list:	

3. Veuillez fournir la liste des noms de TOUS les employés et sous-traitants qui fournissent des services de PRP

\ Please provide list of names of ALL employees & sub-contractors who perform PRP services:

NOM PERSONNE FOURNISSANT LE TRAITEMENT PRP \ NAME PERSON PROVIDING PRP TREATMENT	SERVICES PRP EFFECTUÉS \ PRP SERVICES PERFORMED	ANNÉES D'EXPÉRIENCE / ÉDUCATION POUR PRP \ YEARS OF EXPERIENCE / EDUCATION FOR PRP	JOINDRE / LISTE TOUTES LES CERTIFICATIO NS / QUALIFICATIO NS \ ATTACH / LIST ALL CERTIFICATIONS / QUALIFICATIONS	EST-CE CETTE PERSONNE: IE = INFIRMIÈRE ENREGISTRÉE IP = INFIRMIÈRE PRATICIENNE IPE = INFIRMIÈRE PRATICIENNE ET ENREGISTRÉE D = DOCTEUR A = AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER) \ IS THIS PERSON: RN = REGISTERED NURSE NP = NURSE PRACTITIONER RPN = REGISTERED PRACTICAL NURSE D = DOCTOR O = OTHER (PLEASE LIST)

Historique des réclamations \ Claims History:

4. L'entreprise a-t-elle eu des réclamations contre eux au cours des 5 dernières années \ Has the company had claims against them in the last 5 years? ☐ OUI ☐ NON

5. Des membres du personnel (y compris des agents contractuels) ont-ils eu des réclamations contre eux au cours des 5 dernières années \ Has any staff (including contract staff) had claims against them in the last 5 years? ☐ OUI ☐ NON

Si oui à l'une ou l'autre des questions ci-dessus, veuillez donner tous les détails \ If yes to either of the above questions, please list full details.

Informations complètes sur les réclamations \ Full Claims Information: _____

DÉCLARATION/CONSENTEMENT \ DECLARATION/CONSENT:

À LIRE AVANT DE SIGNER : Une réclamation perdra toute validité et le droit de recouvrement de l'assuré sera perdu a) si un proposant pour le présent contrat fournit de faux renseignements portant atteinte à l'assureur ou si, en toute connaissance de cause, il fait des déclarations inexactes ou omet de divulguer tout fait dans une partie quelconque de la présente proposition; b) si l'assuré omet de communiquer tout changement important apporté à un tel fait pendant la durée du contrat; c) si l'assuré ne respecte pas une modalité du contrat ou commet une fraude; ou d) si l'assuré fait volontairement une fausse déclaration à l'égard d'une réclamation. \ **PLEASE READ BEFORE SIGNING:** A claim will become invalid and the Insured's right of recovery is forfeited where (a) an Applicant for this contract gives false particulars to the prejudice of the insurer or knowingly misrepresents or fails to disclose any fact in any part of this application required to be stated therein; or (b) the insured fails to inform material changes to these facts during the term of the contract; (c) the insured contravenes a term of the contract or commits a fraud; or (d) the insured willfully makes a false statement in respect of a claim.

Le proposant atteste avoir examiné toutes les parties et pièces jointes de la présente proposition, avoir fourni des renseignements véridiques et exacts, et avoir compris que la présente proposition d'assurance est basée sur la vérité et l'exactitude de ces renseignements. \ The Applicants have reviewed all parts and attachments of this application and acknowledge that all information is true and correct and understand that this application for insurance is based on the truth and completeness of this information.

**PROGRAMME DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE – PROPOSITION SUPPLÉMENTAIRE EN PLASMA RICHE
EN PLAQUETTES (PRP) \ HEALTH & WELLNESS PROGRAM – PLATELET-RICH PLASMA (PRP) SUPPLEMENTAL APPLICATION**

Page 2 de 2

Je reconnais également que la présente assurance ne peut prendre effet qu'avec l'accord de Premier Canada Assurance, que la garantie accordée peut différer de celle demandée dans la présente proposition, et que les modalités de la proposition et de la police émise ultérieurement annulent et remplacent toute modalité antérieure. \ I also acknowledge that this insurance is not in effect until agreement from Premier Canada Assurance is received and that coverage offered may differ from that requested in this application and that the terms and conditions of the quote and subsequently issued policy supersede.

Les renseignements personnels fournis dans le présent document et par la suite, y compris, sans s'y limiter, les renseignements sur le crédit et l'historique des réclamations, peuvent être recueillis, utilisés et divulgués par la compagnie d'assurance ou le représentant de l'assuré, sous réserve des lois applicables, afin de communiquer avec l'assuré ou son représentant, d'évaluer la proposition d'assurance et de souscrire une police, d'évaluer des réclamations, de détecter et de prévenir la fraude, et d'analyser des résultats commerciaux. J'atteste que tous les individus dont les renseignements personnels figurent au présent document m'ont autorisé à fournir mon accord en leur nom à cet égard. \ The personal information provided in this document and in the future including, but not limited to, credit information and claims history may be collected, used and disclosed by the insured's representative or insurance company, subject to local legislation, for the purpose of communicating with the insured or their representative, assessing the application for Insurance and underwriting any such policies, evaluating claims, detecting and preventing fraud, and analyzing business results. I confirm that all individuals whose personal information is contained in this document have authorized that I agree to the above on their behalf.

REMARQUE : L'assurance ne sera en vigueur qu'après l'émission par Premier d'une note de couverture ou de la documentation de la police d'assurance. \ **NOTE: Insurance is not in effect until Premier has issued a binder or policy documents.**

Signature du client \ Insured Signature:

Date \ Date:

Signature du courtier \ Broker signature:

Date \ Date:

Courriel du courtier \ Broker Email:

Premier Canada Assurance Managers Ltd. est l'un des plus importants agents de gestion de souscription du Canada. La société d'assurance offrant les souscriptions varie selon le secteur d'activité et la région – veuillez consulter le devis concerné pour connaître les conditions particulières de la ou des société(s) d'assurance offrant les souscriptions. \ Premier Canada Assurance Managers Ltd. is one of Canada's largest Managing Underwriting Agents. The underwriting insurance carrier varies by line of business and region - please refer to specific quote for declaration of the underwriting insurance company(s).

**** Proposition par courriel et pièce(s) jointe(s) à \ Email application and attachments to : nouvelleentreprise@premiergroup.ca ****

Région du Québec - Téléphone 450.497.0016**Sans Frais 1.877.497.0016**

\ Region of Québec – Telephone 450.497.0016

\ Toll Free 1.877.497.0016