



PROPOSITION D'ASSURANCE DES SALONS DE BRONZAGE

VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS, EN INSCRIVANT « SANS OBJET » SI LA QUESTION N'EST PAS PERTINENTE. EN CAS D'ESPACE INSUFFISANT, RÉPONDEZ SUR DES FEUILLES DISTINCTES

1. Raison sociale du proposant : _____

2. Adresse postale : _____

_____ Site Web : _____

Propriétaire : _____

Société par actions Société de personnes Particulier

Autre : _____

3. En affaire depuis : _____ Expérience dans ce domaine : _____

Si le propriétaire est nouveau dans le domaine, le salon existait-il auparavant ? _____

4. Recettes :

Soins de bronzage	Produits	Autres	Total

a) Liste des produits vendus par le Proposant :

b) Nombre de salariés : _____ À temps plein : _____ À temps partiel : _____

Nature de la formation fournie : _____

Les salariés sont-ils tous couverts par la CSST ou la CSPAAT ?

Oui Non

Si non, indiquez combien ne le sont pas, par poste, ainsi que les salaires approximatifs :

Description du poste	Paie
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Masse salariale : _____ N^{bre} de salariés : _____

c) Appareils de bronzage :

N ^{bre} d'appareils	Position couchée ou debout ?	Avec bronzage facial ?	Année de construction	Fabricant	N ^{bre} de tubes	Années de vie utile

N ^{bre} d'appareils	Cabines de pulvérisation pour bronzage cosmétique	Année de construction	Fabricant	Années de vie utile

Les appareils ont-ils un filtre protecteur bleu ?

Oui Non

Le Proposant utilise t-il des tubes médicaux ?

Oui Non

Types de rayons utilisés : _____

Y a-t-il des appareils de bronzage spéciaux (p. ex. faciaux seulement) ?

Oui Non

Si oui, précisez :

d) Entretien :

Type de contrat d'entretien (p. ex. fabricant, électricien, etc.) :

Fréquence des vérifications des ampoules : _____ Fréquence de leur remplacement : _____

- Les lits sont-ils nettoyés entre chaque séance ? Oui Non
- Le sont-ils avec un germicide approprié ? Oui Non
- Le plexiglas de la base des lits est-il fissuré ? Oui Non
- Les lunettes de protection sont-elles désinfectées après chaque séance ? Oui Non

e) Mesures de sécurité :

- Les lunettes de protection sont-elles obligatoire ? Oui Non
- Les appareils sont-ils munis d'un bouton d'arrêt d'urgence ? Oui Non
- Un ordinateur contrôle-t-il le début et la fin de la séance ? Oui Non
- Y a-t-il une minuterie à la réception ? Oui Non
- Y a-t-il une barrière matérielle qui protège les tubes au néon du couvercle ? Oui Non
- Si oui, est-elle endommagée ? Oui Non
- Durée maximale d'une séance : _____

Un tableau des temps d'exposition recommandés pour les divers types de peau est-il affiché ? Oui Non

f) Le Proposant remplit-il une fiche / un formulaire médical sur chaque client ? Oui Non
Si oui, annexe-en un exemplaire.

g) Fait-il signer une décharge de responsabilité aux clients ? Oui Non
Si oui, annexe-en un exemplaire.

h) Le Proposant a-t-il des appareils qui fonctionnent avec des pièces de monnaie ? Oui Non

i) Exerce-t-il d'autres activités (p. ex. massothérapie, coiffure, soins de beauté, etc.) ? Oui Non
Si oui, précisez :

j) Le Proposant partage-t-il les locaux avec d'autres ? Oui Non
Si oui, qui ?

Possèdent-ils leur propre assurance ? Oui Non

5. Le Proposant recourt-il à des entrepreneurs indépendants pour certaines activités ? Oui Non
Si oui, précisez les recettes et la nature des activités :

Une preuve d'assurance est-elle exigée des entrepreneurs ? Oui Non
Si non, expliquez pourquoi :

Si oui, montants exigés : _____

6. Le Proposant assume-t-il la responsabilité de tiers par contrat ? Oui Non
Si oui, précisez et annexe les copies des contrats :

7. **Sinistres antérieurs :**

Indiquez le coût total (au premier dollar) de chaque réclamation, y compris les frais de défense et la franchise. Incluez les sinistres des sociétés qui ont été absorbées par la vôtre ou qui ont fusionné avec elle.

Date du sinistre	Nature du sinistre et des dommages corporels ou matériels	MONTANT				État
		Provision	Payé	Frais	Franchise	

8. a) Le Proposant est-il assuré actuellement ? Oui Non
Si oui, nom de l'assureur :

Prime : _____

L'assurance est-elle basée sur la date des réclamations ? Oui Non

Si oui, date limite de rétroactivité : _____

b) L'assureur est-il disposé à renouveler le contrat ? Oui Non

Si non, expliquez pourquoi : _____

c) L'assurance couvre-t-elle toutes les activités du Proposant ? Oui Non

Si non, précisez : _____

9. **Assurance automobiles des non-proprétaires**

Nombre de salariés qui se servent de leur véhicule pour les affaires de la Compagnie :

Régulièrement _____ Occasionnellement _____

Estimation des coûts annuels :

des véhicules loués _____ des véhicules utilisés en vertu de contrats _____

10. Prévention des accidents et premiers soins

Des membres du personnel ont-ils reçu une formation en premiers soins ? Oui Non
Si oui, précisez :

Alarmes d'incendie – Autres systèmes d'alarme : _____

Y a-t-il un responsable de la sécurité ou un préventionniste qui travaille pour vous : Oui Non

11. Montant(s) de garantie demandé(s) : _____

Dates proposées – Date d'effet : _____ Date d'expiration : _____

LE SOUSSIGNÉ DÉCLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS LA PROPOSITION SONT CONFORMES À LA VÉRITÉ.

JE VOUS AUTORISE À RECUEILLIR, UTILISER ET COMMUNIQUER, DANS LA MESURE PERMISE PAR LA LOI ET DANS LE CADRE DE VOTRE CONTRAT D'ASSURANCE DES ENTREPRISES OU DE SON RENOUVELLEMENT, SA PROLONGATION OU SA MODIFICATION, LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS NÉCESSAIRES POUR ÉVALUER LE RISQUE, ENQUÊTER SUR LES SINISTRES, RÉGLER LES RÉCLAMATIONS ET PRÉVENIR OU DÉTECTER LA FRAUDE, NOTAMMENT LES RENSEIGNEMENTS SUR LA SOLVABILITÉ ET LES SINISTRES ANTÉRIEURS.

Aux fins de la loi sur les sociétés d'assurance (Canada), ce document a été établi dans le cadre des activités d'assurance au Canada des Souscripteurs du Lloyds.

Signature du Proposant (représentant autorisé)

Date

ENVOYÉ PAR :

COURRIEL :

Pour la liste des personnes-ressources, visitez le site :
www.markelinternational.ca