



## 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<sup>bre</sup> de salariés : \_\_\_\_\_

c) Appareils de bronzage :

N <sup>bre</sup> d'appareils	Position couchée ou debout ?	Avec bronzage facial ?	Année de construction	Fabricant	N <sup>bre</sup> de tubes	Années de vie utile

N <sup>bre</sup> 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](http://www.markelinternational.ca)**