

**Bureau de Montréal :** 1001, boul. De Maisonneuve O, bur. 900 Montréal, QC H3A 3C8  
T: 514-845-7861 ou 1-855-845-7861 | F: 514-844-7862 | www.assurancesum.ca

**Bureau de Toronto :** 18 King St. E., Suite 903 Toronto, ON M5C 1C4  
T: 416-603-7864 ou 1-877-603-7864 | F: 416-603-7861 | www.suminsurance.ca

## PROPOSITION D'ASSURANCE DES SALONS DE BRONZAGE

### 1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Raison sociale du Proposant : \_\_\_\_\_

Adresse postale : Rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Site web : \_\_\_\_\_

Propriétaire : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Société par actions    Société de personnes    Particulier    Autre : \_\_\_\_\_

### 2. EN AFFAIRE DEPUIS : \_\_\_\_\_

Expérience dans ce domaine : \_\_\_\_\_

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

### 3. RECETTES :

Soins de bronzage : \_\_\_\_\_ \$

Produits : \_\_\_\_\_ \$

Autres : \_\_\_\_\_ \$

TOTAL: \_\_\_\_\_ \$

### 4. LISTE DES PRODUITS VENDUS PAR LE PROPOSANT :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 5. INFORMATION DE L'EMPLOYÉ

a) Nombre de salariés : À temps plein : \_\_\_\_\_ À temps partiel : \_\_\_\_\_

b) Nature de la formation fournie :

---



---

c) Les salariés sont-ils tous couvert par la CSST ou la CSPAAT?  Oui  Non

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

---



---



---

d) Masse salariale : \_\_\_\_\_ \$ N<sup>bre</sup> de salariés : \_\_\_\_\_

## 6. APPAREILS DE BRONZAGE :

a)

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
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

b)

N <sup>BRE</sup> D'APPAREILS	CABINES DE PULVÉRISATION POUR BRONZAGE COSMÉTIQUE	ANNÉE DE CONSTRUCTION	FABRICANT	N <sup>BRE</sup> DE TUBES	ANNÉES DE VIE UTILE

c) Les appareils ont-ils un filtre protecteur bleu ?  Oui  Non

d) Le Proposant utilise-t-il des tubes médicaux ?  Oui  Non

e) Types de rayons utilisés : \_\_\_\_\_

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

Oui  Non Si Oui, précisez :

---



---

## 7. ENTRETIEN

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

---

---

b) Fréquence des vérifications des ampoules : \_\_\_\_\_

Fréquence de leur remplacement : \_\_\_\_\_

c) Les lits sont-ils nettoyés entre chaque séance ?  Oui  Non

d) Le sont-ils avec un germicide approprié ?  Oui  Non

e) Le plexiglas de la base des lits est-il fissuré ?  Oui  Non

f) Les lunettes de protection sont-elles désinfectées après chaque séance ?  Oui  Non

## 8. MESURES DE SÉCURITÉ

a) Les lunettes de protection sont-elles obligatoires ?  Oui  Non

b) Les appareils sont-ils munis d'un bouton d'arrêt d'urgence ?  Oui  Non

c) Un ordinateur contrôle-t-il le début et la fin de la séance ?  Oui  Non

d) Y a-t-il une minuterie à la réception ?  Oui  Non

e) Y a-t-il une barrière matérielle qui protège les tubes au néon du couvercle ?  Oui  Non

f) Si oui, est-elle endommagée ?  Oui  Non

g) Durée maximale d'une séance : \_\_\_\_\_ minutes

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

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

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

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

9. EXERCE-T-IL D'AUTRES ACTIVITÉS (p. ex. massothérapie, coiffure, soins de beauté, etc.) ?  Oui  Non

Si Oui, précisez : \_\_\_\_\_

10. LE PROPOSANT PARTAGE-T-IL LES LOCAUX AVEC D'AUTRES ?  Oui  Non

Si Oui, qui ? \_\_\_\_\_

Possèdent-ils leur propre assurance ?  Oui  Non

### 11. 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: \_\_\_\_\_\$

### 12. LE PROPOSANT ASSUME-T-IL LA RESPONSABILITÉ DE TIERS PAR CONTRAT ?

Oui  Non Si oui, précisez et annexe les copies des contrats :

---

---

### 13. LE PROPOSANT EST-IL ASSURÉ ACTUELLEMENT ? Oui Non

a) Si oui, nom de l'assureur : \_\_\_\_\_

Prime : \_\_\_\_\_\$

L'assurance actuelle 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 :

---

---

### 14. ASSURANCE AUTOMOBILE DES NON-PROPRIÉTAIRES

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

Régulièrement : \_\_\_\_\_ Occasionnellement : \_\_\_\_\_

Estimation des coûts annuels des véhicules loués : \_\_\_\_\_

Estimation des coûts annuels des véhicules utilisés en vertu de contrats : \_\_\_\_\_

### 15. PRÉVENTION DES ACCIDENTS ET PREMIERS SOINS

a) Des membres du personnel ont-ils reçu une formation en premiers soins ?

Oui  Non Si Oui, précisez:

---

---

b) Alarmes d'incendie -Autres systèmes d'alarme :

---

---

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

16. INDIQUEZ :

Montant(s) de garantie demandé(s) : \_\_\_\_\_ \$

Deductible required: \_\_\_\_\_ \$

Dates proposées - Date d'effet : \_\_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_\_\_\_

17. a) À LA CONNAISSANCE DU PROPOSANT, Y A-T-IL DÉJÀ EU DES RÉCLAMATIONS CONTRE LUI, SES PRÉDÉCESSEURS DANS L'ENTREPRISE OU DES ASSOCIÉS OU DIRIGEANTS ACTUELS OU PASSÉS ?  Oui  Non

b) LE PROPOSANT A-T-IL CONNAISSANCE D' ACTIONS, D'ERREURS, D'OMISSIONS OU DE CIRCONSTANCES SUSCEPTIBLES D'ENTRAÎNER UNE RÉCLAMATION CONTRE LUI, SES PRÉDÉCESSEURS DANS L'ENTREPRISE OU DES ASSOCIÉS OU DIRIGEANTS ACTUELS OU PASSÉS ?  Oui  Non

**En cas de réponse affirmative en 17. a) ou 17. b), veuillez remplir le formulaire ci-joint sur les SINISTRES ANTÉRIEURS.**

**REMARQUE :** SONT EXCLUES DU CONTRAT LES RÉCLAMATIONS OU CIRCONSTANCES DÉCLARÉES EN 17. a) OU 17. b) AINSI QUE TOUTES ACTIONS, ERREURS, OMISSIONS OU CIRCONSTANCES SUSCEPTIBLES D'ENTRAÎNER UNE RÉCLAMATION ET DONT LE PROPOSANT AVAIT CONNAISSANCE AVANT LA PRISE D'EFFET DU CONTRAT.

18. DES ASSOCIÉS, DIRIGEANTS, ADMINISTRATEURS OU PROFESSIONNELS LIBÉRAUX SALARIÉS ONT-ILS FAIT L'OBJET D'UNE SUSPENSION DE PERMIS, D'UNE AMENDE OU D'UNE RÉPRIMANDE AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES ?

Oui  Non Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

19. À LA CONNAISSANCE DU PROPOSANT, LUI-MÊME, SES ASSOCIÉS OU DIRIGEANTS ACTUELS, SES PRÉDÉCESSEURS DANS L'ENTREPRISE OU DES ASSOCIÉS OU DIRIGEANTS PASSÉS SE SONT-ILS DÉJÀ VU REFUSER OU RÉSILIER UNE ASSURANCE ?

Oui  Non Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

20. INDIQUEZ LES ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES AUXQUELLES LE PROPOSANT APPARTIENT :

---

---

Nous déclarons que les renseignements ci-dessus sont conformes à la vérité et que nous n'avons omis ou faussement déclaré aucun fait important. Nous reconnaissons que la présente proposition servira de base à la note de couverture ou au contrat d'assurance établi(e) par l'assureur, le cas échéant, et que les montants de garantie et franchises applicables seront ceux stipulés dans la note de couverture ou le contrat.

Il est entendu que la proposition n'oblige pas l'assureur à accorder l'assurance ni le Proposant à la souscrire.

Il est également entendu que si, après la transmission de la proposition à l'assureur et avant la date d'effet de l'assurance, le Proposant a connaissance de renseignements visés par la question 17. a) ou 17. b), lesdits renseignements seront immédiatement communiqués par écrit à l'assureur.

Signature du Proposant : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nom et titre : \_\_\_\_\_  
(en majuscules)

NOM DU COURTIER : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_



**Bureau de Montréal :** 1001, boul. De Maisonneuve O, bur. 900 Montréal, QC H3A 3C8  
T: 514-845-7861 ou 1-855-845-7861 | F: 514-844-7862 | [www.assurancesum.ca](http://www.assurancesum.ca)

**Bureau de Toronto :** 18 King St. E., Suite 300 Toronto, ON M5C 1C4  
T: 416-603-7864 ou 1-877-603-7864 | F: 416-603-7861 | [www.suminsurance.ca](http://www.suminsurance.ca)

# HISTORIQUE DE RECLAMATIONS

Nom du proposant : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Nom de réclamant :** \_\_\_\_\_

Nom de projet et location : \_\_\_\_\_

Date de réclamation \_\_\_\_\_

Description du réclamation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

POURSUITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Régulé <input type="checkbox"/> Fermé
MONTANT RÉCLAMÉ	\$
INDEMNITÉ RÉSERVE	\$
DÉPENSE RÉSERVE	\$
INDEMNITÉ PAYÉE	\$
DÉPENSES PAYÉE	\$

**Nom de réclamant :** \_\_\_\_\_

Nom de projet et location : \_\_\_\_\_

Date de réclamation \_\_\_\_\_

Description du réclamation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

POURSUITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Régulé <input type="checkbox"/> Fermé
MONTANT RÉCLAMÉ	\$
INDEMNITÉ RÉSERVE	\$
DÉPENSE RÉSERVE	\$
INDEMNITÉ PAYÉE	\$
DÉPENSES PAYÉE	\$

**Nom de réclamant :** \_\_\_\_\_

Nom de projet et location : \_\_\_\_\_

Date de réclamation \_\_\_\_\_

Description du réclamation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

POURSUITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Régulé <input type="checkbox"/> Fermé
MONTANT RÉCLAMÉ	\$
INDEMNITÉ RÉSERVE	\$
DÉPENSE RÉSERVE	\$
INDEMNITÉ PAYÉE	\$
DÉPENSES PAYÉE	\$

**Nom de réclamant :** \_\_\_\_\_

Nom de projet et location : \_\_\_\_\_

Date de réclamation \_\_\_\_\_

Description du réclamation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

POURSUITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Régulé <input type="checkbox"/> Fermé
MONTANT RÉCLAMÉ	\$
INDEMNITÉ RÉSERVE	\$
DÉPENSE RÉSERVE	\$
INDEMNITÉ PAYÉE	\$
DÉPENSES PAYÉE	\$

**Nom de réclamant :** \_\_\_\_\_

Nom de projet et location : \_\_\_\_\_

Date de réclamation \_\_\_\_\_

Description du réclamation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

POURSUITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Régulé <input type="checkbox"/> Fermé
MONTANT RÉCLAMÉ	\$
INDEMNITÉ RÉSERVE	\$
DÉPENSE RÉSERVE	\$
INDEMNITÉ PAYÉE	\$
DÉPENSES PAYÉE	\$