



soumissions@swgins.com

www.swgins.com/fr/

Sans frais: 1-800-843-3456

EN REMPLISSANT CE FORMULAIRE, VOUS DONNEZ VOTRE ACCORD POUR LE TRAITEMENT DE VOS INFORMATIONS PERSONNELLES. VEUILLEZ VOUS RÉFÉRER À LA PAGE 7 POUR PLUS DE DÉTAILS SUR NOTRE POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ.



Proposition d'assurance responsabilité civile professionnelle et générale pour : Services et pratiques de beauté, de santé et de bien-être

Veillez lire et compléter la demande dans son intégralité. Les blancs et/ou les tirets ne sont pas acceptables et retarderont l'examen de la demande. Répondez à toutes les questions. Si la question ne s'applique pas, indiquez "S/O" dans l'espace prévu à cet effet.

SECTION 1 – INFORMATION GÉNÉRALE

1. Nom du demandeur (en caractères d'imprimerie):			
Nom de l'entreprise à assurer s'il est différent de celui indiqué ci-dessus:			
2. Adresse:			
Ville:	Province:	Code Postal:	
No. tél:	Courriel:		
Ville:	Province:	Code Postal:	
No. tél.:	Courriel:		
3. Depuis combien de temps l'entreprise est-elle en activité ??			
4. L'entreprise est-elle un (e) :	☐ Corporation ☐ Partenariat ☐ Entrepreneur indépendant ☐ Pratique individuelle ☐ Autre (décrire):		
5. L'entreprise est-elle exploitée en tant que:	☐ Salon de beauté ☐ Spa ☐ Medi-Spa ☐ Pratique des thérapies complémentaires ☐ Pratique de l'homéopathie ☐ Autre (décrire):		
6. Y a-t-il d'autres endroits?	☐ Oui ☐ Non	Nombre site	Site Web:
7. Êtes-vous un titulaire de police actuel ou un nouveau demandeur ?	☐ Détenteur actuel ☐ Nouveau demandeur		
8. A quel titre pratiquez-vous?			
Acupuncteur	☐	Fournisseur de massages (Détente)	☐
Cosméticiens	☐	Esthéticienne médical	☐
Diététicienne	☐	Conseiller nutritionniste	☐
Esthéticienne	☐	Physiothérapeute	☐
Thérapeute/Conseiller en santé	☐	Réflexologue	☐
Technicien laser	☐	Massothérapeute agréé	☐
9. Nombre d'années de pratique:			
10. Êtes-vous membre d'une association ou organisme professionnelle?	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O Si oui, veuillez préciser:		
11. Êtes-vous accrédité et/ou certifié?	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O Si oui, veuillez énumérer les accréditations et/ou certifications:		
12. Êtes-vous un membre en règle d'un ordre professionnel?	☐ Oui ☐ Non ☐ S/O Numéro de licence/enregistrement: Date d'échéance (jj/mm/aaaa) :		
13. Veuillez indiquer les sources et les montants des recettes totales pour les années suivantes (en CAD):			
	Dernier exercice financier complet	Estimation pour l'année financière en cours	Estimation pour le prochain exercice financier
Honoraires professionnels			
Ventes de produits			
Autres revenus (précisez):			
Recettes brutes totales			
14. Quel pourcentage des clients traités sont:	Résidents canadiens: %	Résidents non canadiens: %	
15. Veuillez indiquer le pourcentage de patients par tranche d'âge	< 30: %	30-64: %	> 65: %

SECTION 2 - SERVICES OFFERTS

Partie A - Services de beauté

Il existe plusieurs catégories d'activités qui peuvent être couvertes, chacune d'entre elles ayant une tranche de prime distincte.

Cochez tous les services applicables fournis dans les catégories 1 à 3 du tableau suivant.

Catégorie 1 - Risque Faible					
Service	Applicable	% du revenu	Service	Applicable	% du revenu
Tous les services de coiffure	☐		Peeling vert (Green Peel)	☐	
Aromathérapie	☐		Maquillage - Non-permanent	☐	
Enveloppements corporels	☐		Manucures	☐	
Perçage d'oreilles	☐		Paraffine	☐	
Teinture des sourcils et des cils	☐		Pédicures	☐	
Extensions de cils	☐		Massage de détente	☐	
Soins du visage	☐		Réflexologie	☐	
Ongles en gel	☐		Bronzage par pulvérisation	☐	
Peelings glycoliques - teneur maximale de 20 % en AAH / AHA	☐		Épilation à la cire et au sucre	☐	

Catégorie 2 – Risque Moyen					
Service	Applicable	% du Revenu	Service	Applicable	% du Revenu
Ongles en acrylique	☐		Technologie LED	☐	
Piercing corporel (uniquement au-dessus de la taille))	☐		Traitement de la peau par ondes radio	☐	
Carboxythérapie	☐		Blanchiment des dents	☐	
Électrolyse	☐		Traitement de la peau par ultrasons	☐	
Programmes de remise en forme, de nutrition ou de perte de poids	☐				

Catégorie 3 – Risque élevé					
Service	Applicable	% of Revenu	Service	Applicable	% of Revenu
Injectons de Botox	☐		Services laser, IPL et RF	☐	
Injectons de collagène	☐		Latisse	☐	
Ablation ou coupe d'un ongle de pied, d'un oignon ou d'un ongle incarné	☐		Peelings de force médicale	☐	
Cryolipolyse (CoolSculpting)	☐		Microdermabrasion	☐	
Contournement personnalisé	☐		Microneedling	☐	
Dermaplaning/blading	☐		Micropigmentation	☐	
Conage d'oreille (Ear Candling)	☐		Élimination de grains de beauté ou de taches cutanées (sans incision)	☐	
Laser Erbium/Ablatif	☐		Maquillage permanent (pigment uniquement)	☐	
Broderie de sourcils	☐		Réduction des rides par traitement photofacial/non ablatif	☐	
Produits de comblement dermique injectable	☐		Raffermisssement de la peau (laser et RF)	☐	
Injectable plus Remplissage dermique	☐		Suppression des varicosités (sclérothérapie)	☐	
Vitamines injectables	☐		Enlèvement des tatouages (au laser uniquement)	☐	

Partie B - Thérapies de santé et de bien-être ¹

Il existe plusieurs catégories d'activités qui peuvent être couvertes, chacune d'entre elles ayant une tranche de prime distincte.

Cochez toutes les modalités/services appropriés fournis dans les catégories 1 et 2 des tableaux suivants:

Catégorie 1 Thérapies –Risques Faibles					
	Applicable	% du Revenu		Applicable	% du Revenu
Massage , y compris, mais sans s'y limiter, le massage thérapeutique, le massage de relaxation, le massage des tissus profonds et les pierres chaudes.	☐		Thérapies biologiques , y compris, mais sans s'y limiter, les plantes médicinales et les thés, les compléments alimentaires (à l'exception des vitamines IV), les probiotiques	☐	
Thérapies manuelles , y compris, mais sans s'y limiter, le shiatsu.	☐		Ostéopathie	☐	
Pratiques corps-esprit , y compris, mais sans s'y limiter, le yoga (à l'exception du chaud/Bikram/Moksha), la méditation, le biofeedback, l'imagerie guidée, l'art, la musique, la danse, la prière, l'intégration psychophysique de Trager	☐		Systèmes de fitness , y compris, mais sans s'y limiter, le Pilates	☐	
Thérapies corporelles , notamment la méthode Feldenkrais, la technique Alexander, la réflexologie, le Rolfing, le Bowen et la thérapie Onsen.	☐		Thérapies utilisant des lasers froids , y compris, mais sans s'y limiter, le LLLT/LILT (Laser faible niveau/intensité)	☐	
Thérapies du mouvement , y compris, mais sans s'y limiter, la danse	☐		Études analytiques , y compris, mais sans s'y limiter, l'iridologie et la sclérologie.	☐	
Thérapies énergétiques , y compris, mais sans s'y limiter, le Reiki, le Tai Chi, le toucher thérapeutique, le Body Talk, l'Eden, l'EFT (tapotement), la thérapie BIE et BARS.	☐		Thérapies de nettoyage et purification du corps telles que le bain de pieds ionique de désintoxication (à l'exception de l'hydrothérapie du côlon (irrigation)).	☐	
Thérapies bio-électromagnétiques , y compris, mais sans s'y limiter, les champs pulsés, la thérapie PEMF, le rééquilibrage bio-magnétique.	☐		Ventouses (cupping)	☐	
Thérapie faisant appel aux sens , y compris, mais sans s'y limiter, l'aromathérapie et la thérapie par les gouttes de pluie.	☐		Autre (décrire):	☐	
Thérapies utilisant l'esprit , y compris, mais sans s'y limiter, la méditation et la prière.	☐		Autre (décrire):	☐	
			Autre (décrire):	☐	

Catégorie 2 Thérapies – Risques Moyens					
	Applicable	% of Revenue		Applicable	% of Revenue
Acupuncture	☐		Moxibustion Indirecte	☐	
Colon Hydrotherapy (Irrigation)	☐		Vitaminothérapie par voie intraveineuse	☐	
Régime alimentaire et plantes médicinales (y compris le conseil en nutrition)	☐		Thérapies sur les animaux telles que le massage animal, le travail énergétique sur les animaux.	☐	
Dry Needling	☐		Trigenics	☐	
Conage d'oreille (Ear Candling)	☐		Autre (décrire):	☐	
Homéopathie/Heilkunst	☐		Autre (décrire):	☐	
Hypnothérapie (à l'exception de la régression dans la vie antérieure et de l'utilisation dans le divertissement)	☐		Autre (décrire):	☐	

¹ Health and Well-being Therapies include alternative/complementary therapies, TCM, naturopathy and homeopathy.

SECTION 3 – PERSONNEL

(Si vous êtes un employé, un entrepreneur indépendant ou un praticien individuel, passez à la section 5).

Partie A - Employés:

1. Indiquez par type le nombre de personnes employées à temps plein (T/P) et à temps partiel (P/T) par le demandeur.:

Type	No.	T/P	P/T	Type	No.	T/P	P/T	Type	No.	T/P	P/T
Acupuncteurs		☐	☐	Massothérapeute agréé (MTA)		☐	☐	Infirmière auxiliaire autorisée		☐	☐
Aromathérapeute		☐	☐	Esthéticienne médicale		☐	☐	Styliste		☐	☐
Cosméticiens		☐	☐	Technicien ongles		☐	☐	Docteur en médecine traditionnelle chinoise		☐	☐
Cosmétologue		☐	☐	Naturopathe		☐	☐	Technicien		☐	☐
Diététiciens		☐	☐	Conseiller nutritionniste		☐	☐	Thérapeute/Conseiller		☐	☐
Esthéticiennes		☐	☐	Ostéopathe		☐	☐	Directeur médical		☐	☐
Herboriste		☐	☐	Physiothérapeute		☐	☐	Travail de bureau/administratif		☐	☐
Homéopathe		☐	☐	Médecin		☐	☐	Autre (décrire):		☐	☐
Technicien laser		☐	☐	Réflexologiste		☐	☐				
Massothérapeute (Relaxation)		☐	☐	Infirmière diplômée		☐	☐	Autre (décrire):		☐	☐

2. Tous les membres du personnel ont-ils une certification ou accréditation pour les services qu'ils fournissent ? ☐ Oui ☐ Non
Joignez des copies des certificats de qualification pour tous les esthéticiens/techniciens pour lesquels une couverture est requise..

Partie B – Travailleurs indépendants:

1. Les travailleurs indépendants travaillent-ils dans l'établissement? ☐ Oui ☐ Non

2. Indiquez par pratique le nombre de travailleurs indépendants fournissant des services dans le tableau suivant:

Type	No.	T/P	P/T	Type	No.	T/P	P/T	Type	No.	T/P	P/T
Acupuncteurs		☐	☐	Massothérapeute agréé (MTA)		☐	☐	Infirmière auxiliaire autorisée		☐	☐
Aromathérapeute		☐	☐	Esthéticienne médicale		☐	☐	Styliste		☐	☐
Cosméticiens		☐	☐	Technicien ongles		☐	☐	Docteur en médecine traditionnelle chinoise		☐	☐
Cosméticiens		☐	☐	Naturopathe		☐	☐	Technicien		☐	☐
Diététiciens		☐	☐	Conseiller nutritionniste		☐	☐	Thérapeute/Conseiller		☐	☐
Esthéticiennes		☐	☐	Ostéopathe		☐	☐	Directeur médical		☐	☐
Herboriste		☐	☐	Physiothérapeute		☐	☐	Travail de bureau/administratif		☐	☐
Homéopathe		☐	☐	Médecin		☐	☐	Autre (décrire):		☐	☐
Laser Technician		☐	☐	Réflexologiste		☐	☐	Autre (décrire):		☐	☐
Massothérapeute (Relaxation)		☐	☐	Infirmière diplômée		☐	☐				

3. Tous les travailleurs indépendants ont-ils leur propre assurance de responsabilité professionnelle (faute professionnelle médicale) ?? ☐ Oui ☐ Non

Si non, êtes-vous responsable de la couverture de la responsabilité professionnelle de ces personnes ?? ☐ Oui ☐ Non

4. Les licences ou certificats professionnels de tous les employés et entrepreneurs indépendants sont-ils vérifiés ?? ☐ Oui ☐ Non

SECTION 4 – RESPONSABILITÉ CIVILE – BASE D'ÉVÉNEMENTS

1. Complétez une brève description des locaux dans le tableau ci-dessous:

Nom de l'immeuble	Emplacement	Année	Superficie (pc)	# étage

SECTION 5 – DESCRIPTION DES ACTIVITÉS

Part A – Fournisseurs de services de beauté:

1. Le consentement éclairé du client est-il obtenu par écrit avant le début des traitements cosmétiques ? ☐ Oui ☐ Non
2. Le client est-il informé des soins à domicile requis après des procédures ou des traitements cosmétiques spécifiques, par exemple un rajeunissement de la peau au laser, un peeling, etc.? ☐ Oui ☐ Non
3. Un test épicutané pour les allergies est-il effectué au moins 24 heures avant de procéder à tout traitement de la peau afin d'atténuer les réactions? ☐ Oui ☐ Non

4. Les antécédents dermatologiques du client, en particulier en ce qui concerne la cicatrisation et la formation de cicatrices, sont-ils pris avant le traitement au laser et à la lumière pulsée?	☐ Oui ☐ Non
5. Évaluez-vous la peau du client à l'aide d'un outil d'analyse/évaluation de la peau reconnu (par exemple, la classification des types de peau de Fitzpatrick) avant les traitements au laser afin de prévenir les dommages à la peau ??	☐ Oui ☐ Non
6. Tous les employés et travailleurs indépendants sont-ils formés par le fabricant à l'utilisation de l'équipement avant d'effectuer tout traitement sur un client?	☐ Oui ☐ Non
7. L'équipement nécessitant un étalonnage est-il effectué conformément aux recommandations du fabricant ??	☐ Oui ☐ Non
8. Les clients doivent-ils porter des lunettes de protection pendant les services au laser ??	☐ Oui ☐ Non
9. Tous les opérateurs sont-ils formés sur les machines qu'ils utilisent (par ex. lumière pulsée, laser) ?	☐ Oui ☐ Non
10. Le personnel est-il tenu de porter des gants à tout moment lorsqu'il effectue une dermabrasion, un peeling, etc. ?	☐ Oui ☐ Non
11. De l'alcool est-il déjà servi dans les locaux?	☐ Oui ☐ Non
12. L'équipement fait-il l'objet d'un entretien préventif régulier et programmé conformément aux recommandations des fabricants ?	☐ Oui ☐ Non
13. Vendez-vous des produits (par exemple, des cosmétiques, des soins des ongles, des soins capillaires, des suppléments, des soins de la peau, etc.)?	☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez énumérer:

Partie B – Thérapies de santé et de bien-être:

1. Le consentement éclairé du client est-il obtenu par écrit avant le début du traitement ?	☐ Oui ☐ Non
2. Fournissez-vous des services de santé et/ou de bien-être aux sportifs et/ou danseurs professionnels ?	☐ Oui ☐ Non
3. Enseignez-vous et/ou certifiez-vous une autre personne pour qu'elle enseigne à d'autres personnes ?	☐ Oui ☐ Non
4. Fabriquez-vous ou vendez-vous des produits qui sont directement liés à vos modalités de traitement ??	☐ Oui ☐ Non

Partie C – Prestataires de services de beauté / Thérapies de santé et de bien-être:

1. Êtes-vous en conformité avec toutes les exigences réglementaires en matière de santé et de sécurité au travail ?	☐ Oui ☐ Non
2. Respectez-vous les directives du fabricant en ce qui concerne les produits à usage unique, dispositifs et équipements?	☐ Oui ☐ Non
3. Contrôle de l'infection:	☐ Oui ☐ Non
Suivez-vous les directives actuelles de prévention et de contrôle des infections émises par l'Agence de la santé publique du Canada, le ministère de la Santé ou toute autorité de santé publique régionale, provinciale ou territoriale ?	☐ Oui ☐ Non
Si oui, quand le guide a-t-il été mis à jour pour la dernière fois ??	
Disposez-vous d'un plan écrit pour gérer l'apparition d'une maladie transmissible dans votre établissement ?	☐ Oui ☐ Non

Ne répondez aux questions suivantes que si les réponses aux questions précédentes sont "Non".

Existe-t-il un processus de prise en charge des patients/clients présentant des symptômes de maladie transmissible afin de prévenir la transmission à d'autres personnes ?	☐ Oui ☐ Non
Si oui, veuillez nous en informer	
Suivez-vous le protocole de nettoyage environnemental dans l'environnement des services à la personne ?	☐ Oui ☐ Non
Vous assurez-vous que le personnel suit les protocoles d'hygiène des mains ?	☐ Oui ☐ Non
La vaccination contre la grippe est-elle proposée ou exigée pour tout le personnel de votre établissement ?	☐ Oui ☐ Non

Si non, veuillez expliquer.

Tous les équipements sont-ils propres et désinfectés/stérilisés conformément aux directives provinciales actuelles sur les meilleures pratiques avant d'être réutilisés pour un autre patient/client ?	☐ Oui ☐ Non
Utilisez-vous des serviettes à usage unique ou d'autres couvertures de protection sur les tables / lits ?	☐ Oui ☐ Non
Éliminez-vous tous les déchets, y compris les dispositifs à usage unique, conformément aux exigences réglementaires ?	☐ Oui ☐ Non
L'ensemble du personnel est-il en mesure de démontrer une connaissance adéquate des principes généraux de prévention des infections, y compris les risques de maladies transmissibles communes pour le personnel dans le cadre des services aux personnes ?	☐ Oui ☐ Non
Les équipements de protection individuelle (EPI) appropriés sont-ils disponibles et facilement accessibles à l'ensemble du personnel ?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous des protocoles en place pour obtenir et maintenir des quantités adéquates d'équipement, de produits, de matériaux nécessaires à la prévention et au contrôle de l'infection afin de prévenir la transmission de la maladie ?	☐ Oui ☐ Non

SECTION 6 – HISTORIQUE D'ASSURANCES ET DE RÉCLAMATIONS

NOTE : Il faut répondre à toutes les questions. Le fait de ne pas divulguer les antécédents de sinistres pourrait invalider la couverture..

Partie A – Informations sur l'assurance actuelle:

Couverture	Police événement ou par base de réclamation?	Date rétro(police base de réclamation)	Date Exp.	Limite	Franchise	Prime annuelle
Responsabilité Professionnelle						
Responsabilité civile						
Administrateurs & Dirigeants						

Partie B – Information sur les réclamations:

1. Veuillez joindre un historique des sinistres de votre assureur actuel fournissant les détails suivants:

Date de la perte / incident	Date de la réclamation	Montant réclamation	Montant payé	Amount Outstanding (reserve)	Details Including Nature of Allegations and Claimant Details

2. Avez-vous connaissance d'un événement, d'une circonstance ou d'un fait (autre que ceux énumérés ci-dessus) antérieur à la date d'entrée en vigueur de la police proposée, ou anticipez-vous qu'une réclamation pourrait être présentée à la suite de cet événement, de cette circonstance ou de ce fait ?

☐ Oui ☐ Non Si "Oui", veuillez fournir les détails ci-dessous:

Responsabilité professionnelle ou civile	Date de l'incident/de la circonstance ou de la plainte	Détails et faits (y compris la nature de l'incident/la circonstance ou la plainte et les détails du plaignant)

3. Veuillez indiquer pour quelle(s) limite(s) vous désirez un devis: Responsabilité professionnelle (base de réclamations présentée) ☐ \$1,000,000 ☐ \$2,000,000 ☐ \$5,000,000 ☐ \$10,000,000

4. Please indicate which limit(s) of indemnity you require quotation for: General Liability (Occurrence) ☐ \$1,000,000 ☐ \$2,000,000 ☐ \$5,000,000 ☐ \$10,000,000

AVIS CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELLES

En souscrivant une assurance auprès de Groupe d'assurance South Western, un client donne à Groupe d'assurance South Western son consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de renseignements personnels, y compris ceux qui ont été recueillis antérieurement, aux fins suivantes:

- la communication avec les souscripteurs;
- la souscription de polices;
- l'évaluation des réclamations;
- la détection et la prévention de la fraude;
- l'analyse des résultats commerciaux;
- les fins requises ou autorisées par la loi.

Conformément à la politique de SWG en matière de protection de la vie privée, disponible au bas de la présente demande et sur notre site web: <https://swgins.com/fr/page/politique-de-confidentialite.html>

Vous pouvez exercer votre droit d'accès à vos informations personnelles en notre possession, les faire rectifier ou retirer votre consentement en nous contactant à l'adresse PrivacyOfficer@swgins.com. Si vous exercez votre droit de retirer votre consentement à la communication ou à l'utilisation des informations collectées nécessaires à la fourniture de certains produits ou services, cela empêchera le groupe d'assurance South Western de fournir ces produits ou services. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Groupe d'assurance South Western, veuillez communiquer avec son Responsable de la protection de la vie privée au 416-620-6604.

DÉCLARATION DE GARANTIE

Le soussigné garantit formellement qu'à sa connaissance, les déclarations faites dans la présente sont véridiques. Si les informations fournies dans la présente proposition devaient changer entre la date de la proposition et la date d'entrée en vigueur de la police, le soussigné garantit qu'il signalera immédiatement ces changements à l'assureur et que ce dernier pourra modifier ou retirer toute offre ou tout accord visant à lier ou à modifier l'assurance. La signature de la présente proposition n'engage pas le soussigné à souscrire cette assurance, ni l'assureur à la compléter. Toutefois, si l'assureur contracte et émet une police, la présente proposition servira de base au contrat et sera jointe à la police, dont elle fera partie intégrante.

RÉSIDENTS DU NOUVEAU-BRUNSWICK UNIQUEMENT :

Je confirme par la présente ma demande que le présent document et tout autre document et correspondance relatifs à la présente assurance soient rédigés en langue anglaise.

SIGNATURE

Signature:		Date (jj/mm/aaaa) :	
	(Représentant autorisé)		
Nom (en caractères d'imprimerie) :		Titre/Position:	

POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ

Groupe South Western s'engage à protéger la vie privée et la confidentialité de ses courtiers ainsi que les renseignements relatifs à leurs assurés. Afin de nous conformer à la loi sur la vie privée, nous avons élaboré cette politique de confidentialité. Tout renseignement personnel reconnaissable sur un assuré est considéré comme une information confidentielle et sera traitée conformément à cette politique de confidentialité

CAS PARTICULIERS

Groupe South Western ne recueille, n'utilise ou ne dévoile de renseignements privés que dans les cas particuliers suivants :

- Offre et fourniture d'assurances ainsi que de produits et services connexes;
- Vérification de l'identité et de l'exactitude des renseignements avec l'aide d'organismes gouvernementaux, d'associations industrielles ou d'autres assureurs;
- Analyse, évaluation et assurance des risques avec prudence;
- Enquête et acquittement des réclamations;
- Détection et prévention de toute fraude ou activité illégale;
- Établissement de statistiques;
- Conformité aux lois ou aux demandes d'organismes d'application de la loi ou de réglementation.

Dans cette politique de confidentialité, nous nous référerons à la liste ci-dessus comme les « Cas particuliers ».

DIVULGATION À DES TIERS

Le Groupe d'Assurance South Western pourrait divulguer de l'information à propos de vous à de tierces compagnies, lorsque permis par la loi. Ces divulgations peuvent inclure celles que South Western juge nécessaires pour vous donner un service à la clientèle, prévenir de la fraude, effectuer des recherches ou pour se conformer à la loi. Les récipiendaires peuvent comprendre les compagnies sœur de la famille South Western, des représentants pour des réclamations, des fournisseurs de services, des compagnies de rapports de clients, des courtiers et agents d'assurance, des représentants de la loi, de la cour ou du gouvernement. Ces tiers peuvent divulguer ces informations à d'autres parties lorsque permis par la loi.

AVIS DE PRIVILÈGE & DE CONFIDENTIALITÉ – Messages électroniques

Courriel électronique et les télécopies et tous fichiers qui l'accompagneraient sont confidentiels et peuvent faire l'objet d'un privilège. Ils sont destinés uniquement à la personne ou à l'entité à qui ils sont adressés. Si vous avez reçu ce courriel par erreur, veuillez en avvertir l'expéditeur immédiatement.

CONSENTEMENT

Groupe South Western s'attend à ce que ses courtiers et sociétés affiliées suivent les étapes suivantes afin de confirmer le consentement de leurs assurés à ses pratiques courantes et futures en matière de gestion des renseignements privés :

Le courtier a demandé expressément à un assuré des renseignements privés à seule fin de contracter une assurance ou un service ou produit connexe;

Le courtier a obtenu un consentement ou une confirmation explicite de l'assuré sous forme d'un document écrit, verbal ou par voie électronique;

Le consentement de l'assuré sollicité par nos sociétés affiliées ou courtiers correspond à un besoin bien défini;

Le courtier doit fournir à l'assuré une copie de sa politique de confidentialité et doit aviser South Western Group Groupe South Western de toute rétractation de ce consentement par un assuré;

Le courtier peut obtenir le consentement d'un assuré par le biais du représentant légal de l'assuré comme par exemple un tuteur légal, un agent ou une personne titulaire d'une procuration.

Si un assuré refuse de divulguer certains renseignements personnels, ou s'il retire son consentement, South Western Group Groupe South Western pourrait lui refuser l'octroi d'une police d'assurance.

LIMITATION DE LA CUEUILLETTE ET RÉTENTION D'INFORMATION PERSONNELLE

Le Groupe d'Assurance South Western va seulement recueillir, utiliser ou divulguer de l'information personnelle qui est nécessaire pour des mesures d'identification là où requis par la loi. Nous allons conserver l'information seulement pendant le temps nécessaire pour effectuer la tâche d'identification. South Western pourrait stocker certaines données dans des juridictions hors du Canada et pourrait partager de l'information avec des tierces compagnies qui sont situées à l'extérieur du Canada.

INTÉGRITÉ DES RENSEIGNEMENTS

Groupe South Western exige de ses courtiers de faire en sorte, en tout temps, que les renseignements personnels soient exacts, complets et à jour, tel que cela est stipulé dans les cas particuliers.

MESURES DE PROTECTION

Groupe South Western assurera la confidentialité des renseignements personnels à l'aide de mesures de protection correspondant au niveau de sensibilité des renseignements. Ces mesures varieront selon la sensibilité, le format, l'emplacement et le stockage des renseignements personnels.

RESPONSABILITÉ, TRANSPARENCE ET ACCÈS

Groupe South Western, assumant la responsabilité de tous les renseignements personnels qui lui sont confiés une "Agente de la protection de la vie privée" cette personne relève de la haute direction pour ce qui est de la conformité à la politique de confidentialité de South Western Group Groupe South Western.

Vous pouvez contacter notre agent la protection à PrivacyOfficer@swgins.com.

CONTESTATION DE CONFORMITÉ

Si un courtier n'est pas satisfait de la réponse de Groupe South Western à une demande ou une plainte relative à la confidentialité, il pourra contacter le bureau du Commissaire à la protection de la vie privée (Canada) durant les heures normales de travail au [1-800-282-1376](tel:1-800-282-1376) ou à l'adresse www.privcom.gc.ca.

Veuillez consulter la version complète et actualisée de la politique de confidentialité sur notre site web:
<https://swgins.com/fr/page/politique-de-confidentialite.html>