



Depuis 1961, notre grossiste offre une grande variété de solutions d'assurance pour des programmes précis et spécialisés, ainsi que des risques difficiles à placer.

soumission@swgins.com
www.swgins.com

PROPOSITION SALON DE BEAUTÉ

Section I. Renseignements généraux

1.1	Nom du proposant:	_____	Téléphone:	_____	
	Nom de l'entreprise:	_____	Site web::	_____	
	Adresse postale::	_____			
	Adresse d'affaires:	_____			
1.2	Le proposant est:	☐ Individu	☐ Partenariat	☐ Société	☐ Entrepreneur Indépendant
1.3	L'entreprise est exploitée comme un salon	☐ oui	☐ Non	Si non, précisez	_____
1.4	Nombre d'année en affaires?	_____	Est ce que tous les professionnelles sont licenciés ?	☐ oui	☐ Non
1.5	Avez-vous des activités autre que ceux mentionnés sous la liste des service plus bas ? ☐ Oui ☐ Non				
	Si oui, veuillez fournir des détails				
	Avez-vous une assurance pour ces opérations ?	☐ Oui	☐ Non	Nom de la compagnie d'assurance:	_____
1.6	Responsabilité des produits	☐ Oui	☐ Non	Recettes brutes (excl. Marque privée):	_____
	Avez-vous des produits de marque privée à vendre ?	☐ Oui	☐ Non	(Aucune couverture n'est prévue pour les produits de marque privée)	

Liste des services

Indiquez quels services vous fournissez, le nombre d'opérateurs, qui fait le service et si nous devons les assurer.

				Désirez-vous les couvrir
Manucure	☐ Oui	☐ Non	Nombre	☐ Oui ☐ Non
Esthéticienne	☐ Oui	☐ Non	Nombre	☐ Oui ☐ Non
Faciaux	☐ Oui	☐ Non	Nombre	☐ Oui ☐ Non
Incluant les peelings?	☐ Oui	☐ Non		
Énumérez les produits et le pourcentage d'acide, si peeling inclus				
Êtes-vous formé à l'utilisation de tous les produits de peeling que vous utilisez ☐ Oui ☐ Non				
Microdermabrasion	☐ Oui	☐ Non	Nombre	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous été formé à la microdermabrasion ? ☐ Oui ☐ Non				
Utilisez-vous un formulaire de consentement ☐ Oui ☐ Non (Si Oui, joindre une copie)				
Épilation à la cire/Sucre	☐ Oui	☐ Non	Nombre	☐ Oui ☐ Non
Est-ce que toutes les esthéticiennes font de l'épilation ☐ Oui ☐ Non				
Enveloppements corporels	☐ Oui	☐ Non	Nombre	☐ Oui ☐ Non

Liste des types d'enveloppement utilisez

Massage	☐ Oui	☐ Non	Nombre	☐ Oui	☐ Non
Êtes-vous certifié	☐ Oui	☐ Non	(Si oui, joindre une copie)	☐ Oui	☐ Non
Électrolyse	☐ Oui	☐ Non	Nombre	☐ Oui	☐ Non
Piercing d'oreille	☐ Oui	☐ Non	Nombre	☐ Oui	☐ Non
Bronzage – Airbrush	☐ Oui	☐ Non	Unités	☐ Oui	☐ Non

Les services suivants nécessitent des propositions distinctes si une couverture est nécessaire

Bronzage – Lits	☐ Oui	☐ Non	Unités	☐ Oui	☐ Non
Si vous incluez le bronzage, compléter la proposition "Supplément de lit de bronzage"					
Maquillage permanent	☐ Oui	☐ Non	Nombre	☐ Oui	☐ Non
Piercing corporel	☐ Oui	☐ Non	Nombre	☐ Oui	☐ Non
Tatouage	☐ Oui	☐ Non	Nombre	☐ Oui	☐ Non
Needling/MCA (MCA = activation du collagène multitranspanique)	☐ Oui	☐ Non	Nombre	☐ Oui	☐ Non
Lasers/Appareils à lumière pulsée intense	☐ Oui	☐ Non	Nombre	☐ Oui	☐ Non
Enlèvement de pigments/Éclaircissement	☐ Oui	☐ Non	Nombre	☐ Oui	☐ Non

Limite en Responsabilité demandée :

Nombre total d'opérateurs:

Section II. Historique

NOTE: Toutes les questions doivent être répondues. **L'omission de divulguer l'historique des réclamations pourrait invalider la couverture**

2.1 Avez-vous actuellement une couverture d'assurance ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, compléter:

Assureur	#Police	Limite RC	Prime	Date d'expiration

Si des réclamations ont été faites, date rétroactive la plus récente:

2.2 Énumérez l'historique des réclamations de responsabilité découlant de tout maquillage permanent, perçage corporel, tatouage ou autre activité professionnelle, assuré ou non: Si non indiquez ☐

	1	2	3
Année de Réclamation			
Nature des blessures			
Matériel impliqué			
Détails, si en suspens			
Montant, si réglé			

2.3 Connaissez-vous un événement, une circonstance ou un événement (autre que ceux énumérés au point 2.2 ci-dessus) avant la date d'entrée en vigueur de la politique proposée, ou prévoyez-vous qu'une réclamation pourrait être intentée à la suite de cet événement, de cette circonstance ou de ce fait?

Oui ☐ Non ☐ Si oui, décrivez les détails de l'événement:

Declaration must be signed on this application.

Déclaration

Je comprends et accepte que cette demande et tous les suppléments ci-joints feront partie de toute police émise, et une telle politique sera émise en se fondant sur la déclaration faite ici. Je comprends et j'accepte également que le défaut de fournir une réponse vraie et exacte aux questions précédentes peut, au choix de l'entreprise, entraîner l'annulation de l'assurance émise en se fondant sur cette demande et / ou le refus des réclamations en vertu de toute police émise .

J'autorise et consens à enquêter sur des informations portant sur la moralité, la réputation professionnelle et l'aptitude à exercer les activités de mon entreprise, y compris l'autorisation à toutes les personnes ou entités, publiques ou privées, de libérer tous les syndicats participants de Lloyd's of London ou d'autres informations portant sur ce qui précède. Je comprends et j'accepte que ces investigations ne se limitent pas aux informations soumises dans cette demande, mais incluent toute autre source d'information jugée pertinente par la Société comme autorisée par la loi.

De plus, je comprends que la police demandée s'appliquera uniquement aux RÉCLAMATIONS FAITES ET SIGNALÉES à la Compagnie par écrit dans la période de couverture indiquée sur le certificat d'assurance délivré avec la police ou le certificat à la date d'annulation ou de résiliation de la police, selon la première éventualité ou autrement prévu par la police.

IMPORTANT: CETTE DEMANDE DOIT ÊTRE SIGNÉE PAR LE DEMANDEUR. SIGNER CE FORMULAIRE N'EST PAS LIÉ À L'ENTREPRISE POUR COMPLÉTER L'ASSURANCE .

Signature du client

Titre

Date

Date d'entrée en vigueur demandée

Remarque: La couverture ne devient effective que si elle est acceptée par la compagnie d'assurance

Veillez noter:

Le soussigné, de la part de l'organisation assurée, accepte que toute information personnelle fournie en lien avec cette proposition (comprenant mais pas limité à l'information contenue dans cette application) a été recueillie selon les dispositions légales de vie privée et cette information peut seulement être utilisée ou partagée par l'assureur pour déterminer, souscrire et tarifier les produits et services associés d'assurance, administrer et traiter les polices d'assurance, évaluer et enquêter les réclamations, détecter et prévenir les fraudes, analyser et contrôler les résultats d'entreprise et/ou se conformer aux normes réglementaires et légales. Pour les fins de la Loi sur les sociétés d'assurance (Canada), ce document a été émis pour les activités d'assurance entreprise du Groupe d'Assurance South Western Limité au Canada.