



Plan Élégance

PROGRAMME D'ASSURANCE CONÇU SPÉCIALEMENT POUR LES ESTHÉTICIENNES DU QUÉBEC

Distribué exclusivement par:



Rocheffort, Perron, Billette
Assurances & associés inc.

80 Nicholson, Valleyfield (Québec) J6T 4N2
Telephone: (450) 373-0414
Toll free: 1-866-456-5353 / Fax: (450) 373-7518
e-mail : sgaudreau@rpbassurances.com

**PROGRAMME SALON DE BEAUTÉ
ESTHETICIENNES DU QUEBEC**

PROPOSITION D'ASSURANCE DE BASE:

2,000.000.\$	RESPONSABILITE PROFESSIONNELLE (couvrant deux (2) opérateurs (trices)
2,000,000.\$	RESPONSABILITE DES LOCAUX ET OPERATIONS
250,000.\$	RESPONSABILITE CIVILE INCENDIE DES LOCATAIRES
10 000 \$	ASSURANCE COUVRANT VOS BIENS (Formule tous risques) avec clause de valeur à neuf , franchise 500.\$
5 000 \$	ENSEIGNES (franchise de 500.\$)
2,500.\$	VITRE (franchise de 500.\$)
5,000.\$	REFOULEMENT DES EGOUTS (franchise de 1000.\$)
1,000.\$	ARGENT ET VALEURS
INCLUS	INTERRUPTION D' AFFAIRES (Perte réelle subie)

Le tout vous étant offert pour une prime annuelle de :	400,00 \$
Frais d' émission de police:	30,00 \$
Taxe de vente de 9%:	36,00 \$
Prime totale de:	466,00 \$

COUVERTURES OPTIONNELLES:

	REQUIS	SURPRIME
#1 SI ÉLECTROLYSE ET ESTHÉTIQUE (425\$ au lieu de 400\$)	_____	25,00 \$
#2 BIENS(contenu 5.50\$ x 1,000.\$) montant requis _____ \$x5.50\$= (formule tous risques, incl valeur à neuf, ded 500.\$)	_____	\$
#3 OPERATEURS(TRICES)ADDITIONNELS(LES) nombre ___ x 55.00\$	_____	\$
#4 TRAITEMENT ELECTROCOAGULATION	_____	95,00 \$
#5 TRAITEMENT AROMATHÉRAPIE	_____	63,00 \$
#6 PERCAGE D'OREILLE (coût par opérateur)	_____	40,00 \$
#7 MASSAGE CORPOREL	_____	315,00 \$
#8 MASSAGE EMPL SUPPLÉMENTAIRE	_____	150,00 \$
#9 LASER (FRANCHISE 2,500.) <u>certificat obligatoire</u>	_____	250,00 \$
#10 LIT BRONZAGE (1 MAXIMUM)	_____	850,00 \$
#11 COIFFURE 17.\$ PAR COIFFEUR/EUSE)	_____	
#12 BRONZAGE SPRAY TAN	_____	90,00 \$
#13 DRAINAGE LYMPHATIQUE	_____	100,00 \$
	Total des surprimes	\$
	Taxe 9%	\$
	Prime de base	466,00 \$
	Prime totale à payer	\$

IMPORTANT

Votre chèque fait à l'ordre de " ROCHEFORT PERRON BILLETTE " doit accompagner la proposition pour que l'assureur considère votre demande.

PROPOSITION D'ASSURANCE

Assurance responsabilité professionnelle et civile pour :
ESTHÉTICIENNES, COSMÉTOLOGUES ET ÉLECTROLYSTES

souscrite uniquement par : **Rochefort Perron Billette & associés inc.**
pour le compte de Nacora Insurance Brokers Ltd.

1- Nom et adresse postale du proposant:

Nom: _____

Adresse: _____

Code postal: _____ tel.bur.: _____ rés.: _____ fax: _____

2- Durée du contrat: du ____/____/____ au ____/____/____

3- Nom de l'entreprise: _____

4- Adresse du commerce: _____

même que ci-haut: _____

5- Indiquer si: compagnie ____ société ____ individuel(le) ____

Si en société, donner le nom de chaque associé(e): _____

6- Nombre d'année d'expérience comme: esthéticienne ____ cosmétologue ____ électrolyste ____

7- Est-ce qu'un assureur a refusé de renouveler ou refusé d'assurer vos biens ou votre responsabilité civile et / ou professionnelle au cours des cinq (5) dernières années? Oui ____ non ____

Si oui, donnez les détails: _____

8- Décrire toutes les réclamations (ou pertes) subies au cours des trois (3) dernières années: _____

DÉCLARATIONS

Les protections sont offertes seulement si votre équipement est considéré à usage non-médical et approuvé par C.S.A. ou accepté par la Province de Québec. Tous les produits doivent être approuvés par la Loi des Aliments et drogues du Canada. L'utilisation du phénol ou produits chimiques à base de caustique **sont exclus**.

9- Décrire avec précision tout genre de travail effectué et tout traitement offert:

FACIAL: Si oui, quel équipement et quel procédé est utilisé? _____

BODY RAPS (traitement de la cellulite) _____

Note: _____

TRAITEMENT À LA CIRE: _____

MANUCURE: _____

PÉDICURE: _____

ÉPILATION DE SOURCILS ET CILS (excluant tatouage, travail permanent et pigmentation) _____

COSMÉTologue: _____

10- Nom de tous les opérateurs(trices) incluant l'assuré(e): _____

Note:seulement les personnes mentionnées sont couvertes en vertu de cet article.

11- Utilisez-vous le dossier client? ____oui ____non

12- Avant de débiter le traitement, faites-vous signer le(la) client(e) pour qu'il(elle) reconnaisse ses conditions existantes?
____oui ____non

13- Faites-vous de l'électrolyse? Si oui, complétez ce qui suit:

a) quelles méthodes sont utilisées pour les traitements:

() électrolyse () thermolyse () courant combiné

b) précisez les noms et marques des produits épilatoires et d'équipements?

c) quelle est la méthode utilisée pour la stérilisation des instruments? _____

d) noms de tous(tes) les opérateurs(trices) incluant le(la) proposant(e) _____

Note:seulement les personnes mentionnées sont couvertes en vertu de cet article.

QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE

14- Décrire avec précision toutes les opérations et traitements effectués, sans se limiter aux questions qui suivent:

(si l'espace manque sur cette formule, veuillez ajouter une feuille d'information additionnelle).

Note:une surprime pourra être demandée (si disponible) advenant que la couverture offerte ne soit pas suffisante pour couvrir une ou des activités spéciales.

a) Opérez-vous un salon de beauté: ____oui ____non / ou un salon de coiffure? ____oui ____non

b) Si oui, quel genre de séchoir à cheveux utilisez-vous? _____

c) Quel système de permanente utilisez-vous? _____

d) Est-ce que vous utilisez ou offrez des permanentes à froid? ____oui ____non

Si oui, par quel procédé? _____

e) Est-ce que vous faites le défrisement de cheveux? ____oui ____non

Si oui, quel procédé utilisez-vous? _____

f) Donnez-vous des traitements par hormones? ____oui ____non

Si oui, par quel procédé? _____

g) Indiquez quelle méthode de stérilisation est utilisée pour peignes, brosses et autres instruments: _____

h) Indiquez le nombre de chaises: _____

i) Indiquez le nombre d'opérateurs(trices): () temps complet () temps partiel

15- Indiquez le nom du fabricant pour les produits suivants, que vous utilisez:

* teinture et shampoing pour cheveux: _____

* colorant à cils et sourcils: _____

* shampoing sec: _____

* solution pour permanente à froid: _____

* crème faciale, onguent, etc.: _____

Embouteillez-vous ou emballez-vous des produits manufacturés pour vendre sous votre propre marque de commerce

____oui ____non

Note: total annuel des ventes de produits: _____ \$

16- LIT BRONZAGE ____oui ____non Si oui, spécifiez la marque et le modèle: _____

17- LASER ____oui ____non Si oui, spécifiez la marque et le modèle: _____

Revenu annuel : _____ \$

Date: _____

Signature du proposant: _____