



# 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](mailto:sgaudreau@rpbassurances.com)

**PROGRAMME SALON DE BEAUTÉ  
POUR ESTHÉTIENNES ET ÉLECTROLYSTES**

PROPOSITION D'ASSURANCE DE BASE:

<b>2,000.000.\$</b>	RESPONSABILITE PROFESSIONNELLE (couvrant deux (2) opérateurs (trices))
<b>2,000,000.\$</b>	RESPONSABILITE DES LOCAUX ET OPERATIONS
<b>500,000.\$</b>	RESPONSABILITE CIVILE INCENDIE DES LOCATAIRES
<b>10 000 \$</b>	ASSURANCE COUVRANT VOS BIENS (Formule tous risques) avec clause de valeur à neuf, franchise 500.\$
<b>5,000.\$</b>	VITRE (franchise de 500.\$)
<b>INCLUS</b>	REFOULEMENT DES EGOUTS (franchise de 2500.\$)
<b>10,000.\$</b>	CRIME ( sans franchise)
<b>500,000.\$</b>	INTERRUPTION D' AFFAIRES
<b>INCLUS</b>	INONDATION ( franchise 25,000.\$)
<b>INCLUS</b>	TREMBLEMENT DE TERRE ( franchise 5% ou 100,000.\$ min)

Le tout vous étant offert pour une prime annuelle de :	500,00 \$
Frais d' émission de police:	30,00 \$
Taxe de vente de 9%:	45,00 \$
Prime totale de:	575,00 \$

<u>COUVERTURES OPTIONNELLES:</u>	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 ( <b>FRANCHISE 2,500.</b> ) <b>certificat obligatoire</b>	_____	250,00 \$
#10 COIFFURE 17.\$ PAR COIFFEUR/EUSE	_____	
#11 BRONZAGE SPRAY TAN	_____	90,00 \$
#12 MAQUILLAGE PERMANENT	_____	150,00 \$
#13 DRAINAGE LYMPHATIQUE	_____	100,00 \$
#14 ORDINATEUR PORTABLE( 25\$/1,000.\$)	_____	
	Total des surprimes	\$
	Taxe 9%	\$
	Prime de base	575,00 \$
	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 : **Rocheftort 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 manufacturier 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:\_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE POUR LE LASER:

1- Inscrivez l'année, la marque, le modèle et le genre de machine? \_\_\_\_\_

2- La machine a-t-elle été approuvée par Santé Canada? Le cas échéant, veuillez fournir le certificat.

3- Qui assure la formation? \_\_\_\_\_

4- Veuillez inscrire le nom au complet de tous les employés qui exécuteront la procédure d'épilation. Inscrivez les titres de compétence, la formation, l'accréditation et les années d'expérience aux commandes de la ou des machines susmentionnées.

---

---

---

5- Depuis combien de temps ces employés travaillent-ils à la clinique susmentionnées? \_\_\_\_\_

6- Les clients doivent-ils signer une renonciation qui est utilisée et qui est signée par les clients? \_\_\_\_\_  
Si oui, veuillez fournir une copie de la renonciation qui est utilisée et qui est signée par les clients?

7- Est-ce que les clients reçoivent des avertissements verbaux avant chaque traitement? \_\_\_\_\_

8- L'assuré offre l'épilation au laser sur quelles parties du corps? \_\_\_\_\_  
a: au dessus des sourcils  
b: entre les sourcils ( glabelle )  
c: cils  
d: orbite  
e: oreilles

9- Est-ce que la machine au laser sert à autre chose que l'épilation? \_\_\_\_\_  
Si oui, identifiez les autres procédures.

10- Est-ce que la machine au laser est utilisée autour des cils, des sourcils et des oreilles? \_\_\_\_\_

11- Est-ce que des contrats d'entretien sont en vigueur? \_\_\_\_\_

12- Avec quelle fréquence les machines au laser sont-elles inspectées? \_\_\_\_\_

13- Quelles sont les recettes( chiffres affaires)? \_\_\_\_\_

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

Signature du proposant: \_\_\_\_\_