

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE – PROPOSITION D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE DES SALONS DE BRONZAGE \ HEALTH & WELLNESS – SUPPLEMENTARY TANNING SALON APPLICATION

Page 1 de 1

RENSEIGNEMENTS SUR LA RESPONSABILITÉ CIVILE (les montants de garantie seront les mêmes que ceux des principales activités que vous avez indiquées) \ LIABILITY INFORMATION (Limits will be the same as the main operations that you have provided.)

RENSEIGNEMENTS SUR LE MATÉRIEL \ EQUIPMENT INFORMATION

	Quantité \ # of Units	Type de minuterie (numérique, pièce de monnaie, jeton, manuel, etc.) \ Type of Timer (digital, coin, token, manual, etc.)
LITS \ BEDS		
CABINES \ BOOTHS		
CABINES DE PULVÉRISATION \ SPRAY BOOTHS		
TEINTURE PAR PULVÉRISATION \ AIR BRUSH		

Âge moyen des lits?

\ Average Age of Beds?

Âge moyen des cabines?

\ Average Age of Booths?

Qui change les ampoules?

\ Who Changes the Bulbs?

Des massages sont-ils offerts?

\ Is there any Massage offered?

☐ OUI \ YES

☐ NON \ NO

Les clients reçoivent-ils des instructions pour le bronzage?

\ Are Clients Given Tanning Instructions?

☐ OUI \ YES

☐ NON \ NO

Les clients signent-ils TOUS des décharges de responsabilité?

\ Do ALL Client Sign Waivers?

☐ OUI \ YES

☐ NON \ NO

Les clients sont-ils TOUS soumis à une analyse de la peau?

\ Do ALL Clients Complete Skin Analysis?

☐ OUI \ YES

☐ NON \ NO

Certains lits fonctionnent-ils à l'aide de jetons?

\ Do Any Beds Operate by Tokens?

☐ OUI \ YES

☐ NON \ NO

Certains lits fonctionnent-ils à l'aide de pièces de monnaie?

\ Do Any Beds Operate by Coins?

☐ OUI \ YES

☐ NON \ NO

Les clients sont-ils tenus de porter des lunettes de protection?

\ Are Clients Required to Wear Goggles?

☐ OUI \ YES

☐ NON \ NO

Des affiches indiquent-elles que le port de lunettes de protection est obligatoire?

\ Are Signs Posted to Wear Goggles?

☐ OUI \ YES

☐ NON \ NO

La feuille d'inscription sur laquelle les clients apposent leur initiale avant chaque séance mentionne-t-elle que le port de lunettes de protection est obligatoire?

\ Does the Sign in Sheet that clients initial prior to each session state that "Clients Must Wear Eye Goggles"?

☐ OUI \ YES

☐ NON \ NO

Le personnel du salon de bronzage est-il certifié Smart Tan ou l'équivalent?

\ Are the Tanning Staff Smart Tan or Equivalently Certified?

☐ OUI \ YES

☐ NON \ NO

Le matériel est-il vérifié et nettoyé après chaque utilisation?

\ Is Equipment Inspected and Cleaned After Each Use?

☐ OUI \ YES

☐ NON \ NO

Qui décide de la durée pendant laquelle un client peut rester sur un lit?

\ Who Sets the Amount of Time a Client is Able to Tan on Each Bed?

☐ CLIENT

ou \ or ☐ PERSONNEL \ STAFF

☐ RÉCEPTION \ FRONT DESK

ou \ or ☐ LIT \ BED

Les séances de bronzage et les décharges de responsabilité sont-elles enregistrées et conservées pendant au moins 2 ans?

\ Are Tanning Sessions and Waiver Records Saved and Filed for No Less than 2 Years?

☐ OUI \ YES

☐ NON \ NO

Le salon de bronzage est-il inscrit comme membre à part entière de Smart Tan Canada? (Si oui, l'assuré n'aura pas à nous envoyer une copie des certifications Smart Tan et des adhésions.)

\ Is the Tanning Salon Listed as a Full Member of Smart Tan Canada? (So the insured does not have to send us a copy of all Smart Tan certifications and a copy of their Membership.)

☐ OUI \ YES

☐ NON \ NO

Cochez « OUI » pour nous autoriser à confirmer cette information auprès de Smart Tan Canada (il y a des avantages sur les primes si tous les salons sont répertoriés comme membres Smart Tan – communiquez avec nous si les salons ne sont pas tous membres) \ Please check "YES" so that we can confirm this information with Smart Tan Canada (Premium advantages if each salon location is listed as a Smart Tan Member – Ask us if salons are not members)

☐ OUI \ YES

☐ NON \ NO

Louez-vous des espaces à d'autres dans votre unité?

\ Do you rent space to others within your unit?

☐ OUI \ YES

☐ NON \ NO

Dans l'affirmative, êtes-vous inscrit à titre d'assuré supplémentaire à leur assurance?

\ If yes, do they list you as an additional insured?

☐ OUI \ YES

☐ NON \ NO

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom du locataire \ If yes, please advise name of lessee: _____

Nom complet \ Printed Name: _____ Poste \ Position Held: _____

Signature du proposant \ Applicant's Signature: _____ Date: _____

Premier Canada Assurance Managers Ltd. est l'un des plus importants agents de gestion de souscription du Canada. La société d'assurance offrant les souscriptions varie selon le secteur d'activité et la région – veuillez consulter le devis concerné pour connaître les conditions particulières de la ou des société(s) d'assurance offrant les souscriptions. \ Premier Canada Assurance Managers Ltd. is one of Canada's largest Managing Underwriting Agents. The underwriting insurance carrier varies by line of business and region - please refer to specific quote for declaration of the underwriting insurance company(s).

**** Proposition par courriel et pièce(s) jointe(s) à \ Email application and attachments to : Nouvelleentreprise@premiergroup.ca ****

Région du Québec - Téléphone 450.497.0016

\ Region of Québec – Telephone 450.497.0016

Sans Frais 1.877.497.0016

\ Toll Free 1.877.497.0016