



## PROPOSITION D'ASSURANCE DES CLUBS DE SANTÉ ET DE MISE EN FORME

VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS, EN INSCRIVANT  
« SANS OBJET » SI LA QUESTION N'EST PAS PERTINENTE.  
EN CAS D'ESPACE INSUFFISANT, RÉPONDEZ SUR DES FEUILLES DISTINCTES.

1. **Raison sociale du proposant** (et de toutes ses filiales) :

---

**Propriétaire :**

---

2. **Adresse postale :**

---

**Téléphone du domicile :** \_\_\_\_\_

**Téléphone du travail :** \_\_\_\_\_

**Site Web :** \_\_\_\_\_

**D'autres établissements :** \_\_\_\_\_

3. **Date d'entrée en vigueur proposée :** \_\_\_\_\_ (à 00:01, heure normale)

4. S.V.P. INDIQUEZ LES GARANTIES DEMANDÉES

Biens / Franchise :

\_\_\_\_\_

R.S. ou

Formule étendue

Bâtiments :

\_\_\_\_\_

Contenus de de chaque description :

\_\_\_\_\_

Améliorations locatives :

\_\_\_\_\_

**Interruption d'affaire**

(Veuillez indiquer s'il s'agit de revenus bruts ou de bénéfices):

\_\_\_\_\_

Enseigne :

\_\_\_\_\_

Frais supplémentaires :

\_\_\_\_\_

Garantie facultative :

\_\_\_\_\_

Extensions de garantie :	Inondations	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	Refoulements <b>d'égouts</b>	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	Tremblements de terre	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	Vitres	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

5. **Nom et adresse des créanciers hypothécaires :**

6. ASSURANCE DE LA RESPONSABILITÉ CIVILE GÉNÉRALE

Montant demandé :  1 000 000 \$ RCG  2 000 000 \$ RCG  
 5 000 000 \$ RCG  Autre : \_\_\_\_\_

Franchise : \_\_\_\_\_

7. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX –Décrire comme suit :

Société par actions  Société en nom collectif  
 Particulier  Autre : \_\_\_\_\_

Adresse de l'établissement :

Expérience des propriétaires / gérants : \_\_\_\_\_

Nombre d'années **d'existence** en affaire : \_\_\_\_\_

8. ASSUREUR PRÉCÉDENT

Le Proposant est-il assuré actuellement ?  Oui  Non  
**Si oui, nom de l'assureur ?**

---

Si non, S.V.P. expliquez pourquoi : \_\_\_\_\_

Prime : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

L'assurance actuelle est-elle basée sur la date des réclamations ?  Oui  Non  
Si oui, indiquez la date limite de rétroactivité : \_\_\_\_\_

L'assureur est-il disposé à renouveler le contrat ?  Oui  Non  
Si non, S.V.P. expliquez pourquoi : \_\_\_\_\_

L'assurance couvre-t-elle toutes les activités du Proposant ?  Oui  Non  
Si non, S.V.P. précisez : \_\_\_\_\_

9. MEMBRES

Nombre de membre : \_\_\_\_\_ Ventes de produits / services : \_\_\_\_\_

Revenus tirés des adhésions : \_\_\_\_\_ Vente d'alcool (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

Les membres doivent-ils signer une décharge, un formulaire médical ou les deux ?  Oui  Non  
**Si oui, S.V.P. annexe-en des exemplaires.**

10. INFORMATION CONCERNANT LA SOUSCRIPTION DE LA PROPRIÉTÉ **(Veuillez fournir des photos et/ou diagramme si possible)**

a) Construction :  
Murs : \_\_\_\_\_ Nombre d'étages : \_\_\_\_\_ Année de construction : \_\_\_\_\_  
Planchers : \_\_\_\_\_ Source de chauffage : \_\_\_\_\_ Toit : \_\_\_\_\_  
Superficie du bâtiment : \_\_\_\_\_ Sous-sol :  Oui  Non  
Système électrique :  Disjoncteur  Fusibles Ampérage : \_\_\_\_\_

b) Occupation : \_\_\_\_\_  
Par assuré en tant que : \_\_\_\_\_ Superficie : \_\_\_\_\_  
**Heures d'affaires :** \_\_\_\_\_  
Risques particuliers : \_\_\_\_\_  
Par autrui en tant que : \_\_\_\_\_ Superficie : \_\_\_\_\_  
Risques particuliers : \_\_\_\_\_

c) Protection – Publique :

Protection **bornes d'incendie** :  Oui  Non Si oui, combien ? \_\_\_\_\_ Distance : \_\_\_\_\_  
Casernes de pompiers : Kilomètres : \_\_\_\_\_  Payé  Bénévoles  
Gicleurs :  Oui  Non Si oui, pourcentage de la superficie : \_\_\_\_\_ %  
Systèmes CO2 :  Oui  Non Si oui, y-a-t-il un contrat bimensuelle en place ?  Oui  Non  
DéTECTEURS :  Oui  Non Si oui, combien ? \_\_\_\_\_ Sorte ? \_\_\_\_\_  
**Extincteurs d'incendie** :  Oui  Non Si oui, combien ? \_\_\_\_\_  
Rénovations :  Oui  Non Si oui, année de la rénovation : \_\_\_\_\_

Électricité : \_\_\_\_\_ Toit : \_\_\_\_\_  
Plomberie : \_\_\_\_\_ Chauffage : \_\_\_\_\_

Alarme :  Cambriolage  Incendie  Les deux  
Poste de contrôle :  Oui  Non **Approuvé par l'ULC ?**  Oui  Non  
Complète : \_\_\_\_\_ Local : \_\_\_\_\_  
Partiel : \_\_\_\_\_ Central : \_\_\_\_\_  
Service de gardiens privé :  Oui  Non Si oui, décrire : \_\_\_\_\_

d) Exposition du bâtiment (veuillez indiquer la construction/l'occupation/la distance) :

Gauche : \_\_\_\_\_ Droite : \_\_\_\_\_  
Derrière : \_\_\_\_\_ Cabanes : \_\_\_\_\_

11. EMPLOYÉS

Indiquez le nombre de

Membres de la direction : \_\_\_\_\_ Surveillants : \_\_\_\_\_ Instructeurs salariés : \_\_\_\_\_  
Entrepreneurs indépendants : \_\_\_\_\_ Autres – Précisez : \_\_\_\_\_

Si le Proposant **utilise les** services d'entrepreneurs indépendants, S.V.P. donnez des précisions :

**Unes** attestation d'assurance **est-elle** exigée de tous les entrepreneurs indépendants ?  Oui  Non

Pour quel montant exigé ? \_\_\_\_\_

Tout le personnel a-t-il reçu une formation en premiers soins / réanimation cardio-respiratoire ?  Oui  Non

Des rapports d'**incident** sont-ils remplis chaque jour **pair** toutes les blessures qui surviennent ?  Oui  Non

12. INSTALLATIONS ET SERVICES OFFERTS

a)	<u>Activités/Installation</u>	<u>Nombre</u>	<u>Activités/Installation</u>	<u>Nombre</u>
	Piscines	_____	Atelier du pro (S.V.P. Annexe la liste des produits vendus)	_____
	Sauna / Bains de vapeur	_____	Appareils (Si plus de 30, joindre la liste)	_____
	Baignoires à remous / Spas	_____	Salle de jeux	_____
	Salles de douches	_____	Gymnase	_____
	<b>Casiers</b>	_____	Classes d'aérobie	_____
	Handball / Racquetball	_____	Arts martiaux	_____
	Courts de tennis	_____	Salon de coiffure pour hommes / de beauté	_____
	Terrain de basketball	_____	Massage	_____
	Pistes de course	_____	Physiothérapie	_____
	Pistes de vélo	_____	Médecine sportive	_____
	Casse-croûte	_____	Enveloppement corporel	_____
	Restaurant	_____	Régimes alimentaires	_____
	Bar / Bar-salon	_____	Équipes sportives	_____
	Lits de bronzage :		Événements spéciaux	_____
	- Nombre total	_____	Concours / Expositions	_____
	- Position couchée/debout	_____	Garde <b>d'enfants</b> :	
	- Durée maximale	_____	- Nombre <b>maximum d'enfants</b>	_____
	- Les lunettes de protection sont-elles obligatoires ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	Si oui, précisez :	_____		

b) S.V.P. décrivez en détail toutes les autres activités :

13. **Sinistres antérieurs :**

Indiquez le coût total de chaque réclamation, y compris les frais de défense et la franchise. Incluez les sinistres des sociétés qui ont été absorbées par la vôtre ou qui ont fusionné avec elle.

Date du sinistre	Décrire	MONTANT		Franchise
		En suspens	Payé	

À votre connaissance, y a-t-il d'autres événements susceptibles d'entraîner des réclamations contre vous ?

Oui  Non

Si oui, précisez :

---

La proposition n'oblige pas le Proposant à souscrire l'assurance ni l'assureur à l'accorder, mais il est entendu que si le contrat est établi, les renseignements consignés dans la proposition serviront de base au contrat.

Il est convenu entre l'assureur et le Proposant que toute inspection des lieux, des activités ou de tout autre aspect du risque sera effectuée pour les besoins et au bénéfice de l'assureur seulement et que le Proposant ne doit s'appuyer d'aucune façon sur les résultats de l'inspection.

**LE SOUSSIGNÉ DÉCLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS LA PROPOSITION SONT CONFORMES À LA VÉRITÉ.**

JE VOUS AUTORISE À RECUEILLIR, UTILISER ET COMMUNIQUER, DANS LA MESURE PERMISE PAR LA LOI ET DANS LE CADRE DE VOTRE CONTRAT D'ASSURANCE DES ENTREPRISES OU DE SON RENOUVELLEMENT, SA PROLONGATION OU SA MODIFICATION, LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS NÉCESSAIRES POUR ÉVALUER LE RISQUE, ENQUÊTER SUR LES SINISTRES, RÉGLER LES RÉCLAMATIONS ET PRÉVENIR OU DÉTECTER LA FRAUDE, NOTAMMENT LES RENSEIGNEMENTS SUR LA SOLVABILITÉ ET LES SINISTRES ANTÉRIEURS.

**Aux fins de la loi sur les sociétés d'assurance (Canada), ce document a été établi dans le cadre des activités d'assurance au Canada des Souscripteurs du Lloyds.**

---

Signature du Proposant (représentant autorisé)

---

Date

ENVOYÉ PAR :

COURRIEL :

**Pour la liste des personnes-ressources, visitez le site :  
[www.markelinternational.ca](http://www.markelinternational.ca)**



## SUPPLÉMENT À LA PROPOSITION SERVICES ÉTENDUS CLUBS DE SANTÉ ET DE MISE EN FORME

**VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS, EN INSCRIVANT  
« SANS OBJET » SI LA QUESTION N'EST PAS PERTINENTE.  
EN CAS D'ESPACE INSUFFISANT, RÉPONDEZ SUR DES FEUILLES DISTINCTES.**

Il **n'est pas dans l'intention** de notre programme de couvrir les blessures et préjudices découlant :

- a) De fautes professionnelles, notamment dans les services médicaux, la remise de médicaments ou de fournitures, la physiothérapie, la massothérapie ou les conseils en matière de régimes ou de nutrition ;
- b) D'abus sexuels, de maladies transmises sexuellement ou d'abus psychologiques.

Par conséquent, l'assurance éventuellement accordée comportera expressément les exclusions ci-dessus.

La garantie des SERVICES ÉTENDUS ci-après est conditionnelle à l'acceptation de l'assureur ou de ses représentants. LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS DOIVENT NÉCESSAIREMENT ÊTRE FOURNIS POUR L'APPRÉCIATION DU RISQUE :

**SERVICES DE GARDE D'ENFANTS** – L'extension n'est offerte qu'aux garderies entièrement supervisées.

Détenez-vous actuellement un permis d'un organisme d'État ?  
Expliquez toute exception au permis :

Oui  Non

---

Nombre de places à la garderie ? \_\_\_\_\_ Nombre moyen d'enfants présents en même temps ? \_\_\_\_\_

Nombre maximum d'enfants par préposé qualifié : \_\_\_\_\_ Nombre de préposés affectés à la garde d'enfants : \_\_\_\_\_

Avez-vous des consignes écrites exigeant une vérification policière des nouveaux salariés ?  Oui  Non

Qualifications du superviseur : \_\_\_\_\_

Qualifications minimums des préposés : \_\_\_\_\_

S'agit-il de services de garde à temps plein ou réservés aux clients pendant qu'ils sont au club de mise en forme ?

---

S'il s'agit de services à temps plein, quelles règles appliquez-vous lorsqu'on vient chercher l'enfant ?

Avez-vous des règles ou procédures écrites ?

Oui  Non

Décrivez les endroits et dispositifs de protection pour la garde des enfants :

Quelle est votre politique concernant les maladies, notamment les maladies transmissibles ?

Fournissez-vous des aliments / collations aux enfants ?

Oui  Non

Si oui, faites-vous remplir un questionnaire **médical sur l'enfant** (allergies, etc.) ?

Oui  Non

Administrez-vous des médicaments ?

Oui  Non

Faites-vous signer une décharge de responsabilité par les clients ? (Annexez-en un exemplaire)

Oui  Non

Le service de garde est-il compris dans les droits d'adhésion ?

Oui  Non

Si non, revenu tiré de ceux-ci :

Gardez-vous les rapports d'**accident** signés ?

Oui  Non

Indiquez votre procédure actuelle :

**COURS D'AUTO-DÉFENSE / D'ARTS MARTIAUX** – Extension UNIQUEMENT pour les arts sans violence ni contact.

Quels arts martiaux sont enseignés ?

Confirmez l'absence de contact

Recettes brutes :

S'il y a manquement d'armes, précisez :

Qualifications des moniteurs (y compris formation en secourisme) :

Les moniteurs sont :

Salariés

Indépendants

Une preuve d'assurance est-elle exigée ?

Oui

Non

Montant de garantie minimum :

Nombre de cours par semaine :

Nombre moyen d'élèves par classe :

Nombre total d'élèves :

Decrire les aires d'entrainement :

Matériel utilisé :

Faites-vous signer une décharge de responsabilité aux participants (Annexez-en un exemplaire)

Oui  Non

Y a-t-il des compétitions / épreuves sportives ? (Précisez)

Oui  Non

**APPAREILS DE BRONZAGE** – Extension non offerte pour les appareils actionnés par des pièces de monnaie

Nombre d'appareils, âge et type de rayons : \_\_\_\_\_

Précisez le **mode d'entretien** (manufacturier et contracteur):

---

Vérification et remplacement des ampoules : \_\_\_\_\_

Interdisez-vous **l'utilisation** des lits de bronzage aux personnes de moins de 18 ans ?  Oui  Non

Qui surveille la zone des lits ? \_\_\_\_\_

Qui est responsable du nettoyage des lits après utilisation ? \_\_\_\_\_

Les lunettes de protection sont-elles obligatoires ?  Oui  Non  
Qui les fournit ? \_\_\_\_\_

Les appareils sont-ils munis d'un bouton **d'arrêt d'urgence** ?  Oui  Non  
Qui contrôle le début et la fin de la séance ? \_\_\_\_\_

Les appareils **sont-ils tous fonctionnels** ?  Oui  Non

Avez-vous un tableau des temps d'exposition recommandés pour les divers types de peau ?  Oui  Non  
Durée maximum des séances de bronzage : \_\_\_\_\_

Gardez-vous des rapports **d'incidents** signés ?  Oui  Non

Les lits comportent-ils un avertissement bien visible sur les dangers possible pour la santé ?  Oui  Non

Les clients signent-ils une décharge de responsabilité ou celle-ci est-elle affichée ? (Annexez-en un exemplaire)  Oui  Non

Y a-t-il des frais supplémentaires pour le bronzage ?  Oui  Non  
Si oui, précisez les recettes : \_\_\_\_\_

**IMPORTANT : LA GARANTIE DES SERVICES ÉTENDUS NE SERA PAS ACCORDÉE À MOINS QUE LE PROPOSANT NE LA DEMANDE EN APPOSANT SES INITIALES SUR LA LIGNE VOULUE CI-DESSOUS :**

**Service de garde d'enfants** \_\_\_\_\_  
**Appareils de bronzage** \_\_\_\_\_

**Auto-défense / Arts martiaux** \_\_\_\_\_  
**Sauna / Spas** \_\_\_\_\_

Le Proposant déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont conformes à la vérité et **qu'aucun fait important n'a été omis ou faussement déclaré.**

Le présent formulaire **n'accorde** aucune garantie ; le Proposant doit accepter la cotation de l'assureur avant que la garantie soit accordée et la police émise. **J'AI LU ET COMPRIS** le présent supplément et **j'accepte qu'il** serve de base au contrat, le cas échéant.

\_\_\_\_\_  
Signature du Proposant (représentant autorisé)

\_\_\_\_\_  
Date