

## QUESTIONNAIRE – R.C. TATTOO

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

### PRENEUR D'ASSURANCE

- > Nom de l'établissement \_\_\_\_\_
- > Nom du dirigeant \_\_\_\_\_ Site WEB \_\_\_\_\_
- > Téléphone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_
- > Adresse des locaux \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_
- > Adresse de quérabilité (si différente) \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_
- > Forme juridique \_\_\_\_\_ Date d'installation \_\_\_\_\_ SIREN \_\_\_\_\_
- > Nombre d'années d'expériences dans le piercing \_\_\_\_\_
- > Nombre d'années d'expériences dans le tatouage \_\_\_\_\_
- > Etes-vous membre d'une organisation syndicale ?  Oui  Non  
Si oui, laquelle \_\_\_\_\_ N° adhérent \_\_\_\_\_

### CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

Le preneur d'assurance déclare :

- Exercer l'activité de tatouage comme activité principale  oui  non
- N'utiliser que des aiguilles à usage unique  oui  non
- Respecter les protocoles sanitaires préconisés par les autorités  oui  non
- N'utiliser que des instruments stériles sortis de leur emballage devant chaque client  oui  non
- Etre en conformité avec la réglementation en vigueur régissant la profession  
(notamment les arrêtés du 11 mars 2009, du 12 décembre 2008, du 3 décembre 2008,  
décrets du 3 mars et du 19 février 2008).  oui  non
- Ne pas avoir eu de sinistre ou de réclamation au cours des 5 dernières années.  oui  non

- > Etes-vous uniquement vendeur de produits pour le tatouage, sans opération de tatouage ?  oui  non
- > Etes-vous inscrit auprès du RCS, de la chambre des métiers ou INSEE ?  oui  non  
Si oui n° : \_\_\_\_\_
- > Travaillez-vous depuis votre domicile ?  Oui  Non  
Etes-vous déclaré auprès de l'ARS ?  Oui  Non  
Si oui n° : \_\_\_\_\_
- > Avez-vous fait la formation à l'hygiène ?  Oui  Non  
Si oui dans quel labo ? : \_\_\_\_\_ Attestation :  Oui  Non

## INFORMATIONS SUR LES PROCEDURES DE TATOUAGE

- > Un formulaire d'information/renonciation à recours est-il signé entre le client et le tatoueur ?  Oui  Non  
(Si oui, merci de nous communiquer une copie d'un formulaire type)
- > Vérifiez-vous les antécédents médicaux de vos clients ?  Oui  Non
- > Demandez-vous systématiquement avant chaque acte si vos clients suivent un traitement médical ?  Oui  Non  
Si oui, conseillez-vous les clients de consulter leur médecin référent pour avis favorable ?  Oui  Non
- > Utilisez-vous un autoclave ?  Oui  Non de quelle classe ? : \_\_\_\_\_  
Si non, merci de préciser votre méthode de stérilisation : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Marque et type d'appareil de stérilisation : \_\_\_\_\_
- > Des tests de stérilisation sont-ils réalisés ?  Oui  Non  
Si oui, combien de fois ? \_\_\_\_\_ Qui réalise les tests : \_\_\_\_\_
- > Comment stérilisez-vous l'équipement et les produits avant chaque utilisation ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- > Utilisez-vous de nouveaux gants pour chaque client ?  Oui  Non
- > Pratiquez-vous vos activités sur des mineurs ?  Oui  Non
- > Réalisez-vous des tatouages sur le visage ou la tête ?  Oui  Non
- > Avez-vous une forme d'entretien sur le tatouage avec chaque client avant l'intervention ?  Oui  Non
- > Dans les 12 mois à venir, à combien de conventions / salons allez-vous assister comme vendeur/ démonstrateur ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- > Merci de nous décrire les formations et éventuels diplômes obtenus ou bien nous fournir une description de votre expérience et le nombre de studios dans lesquelles vous avez exercé, les qualifications spécifiques à votre profession  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

> Utilisez-vous que des encres et pigments de fabrication Européenne ?  Oui  Non

Si non, d'où proviennent-ils ? \_\_\_\_\_

> Avez-vous déjà effectué une déclaration auprès de l'AFSSAPS par le biais du formulaire prévu à cet effet concernant un produit de tatouage à effet indésirable que vous avez utilisé ?  Oui  Non

> Pratiquez-vous le maquillage esthétique permanent ? :  Oui  Non

> Si oui, dans quel pourcentage de votre CA : \_\_\_\_\_ %

et de quel type : \_\_\_\_\_

> Merci de décrire votre expérience et le nombre de « shop » dans lesquelles vous avez travaillé :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

> Utilisez-vous une aiguille stérilisée pour chaque tatouage ?  Oui  Non

> Comment sont désinfectées des surfaces dures ? \_\_\_\_\_

> D'où proviennent les bijoux que vous utilisez/ vendez ?  
\_\_\_\_\_

## INFORMATIONS ANTECEDENTS ET ASSURANCES

> Bénéficiez-vous d'une garantie assurance en RC Professionnelle à ce jour ?  Oui  Non

> Une compagnie a-t-elle ?  
▪ Refusée de vous assurer  Oui  Non  
▪ Résiliée votre police  Oui  Non

Si Oui, à quelles dates et pour quelles raisons : \_\_\_\_\_

> Avez-vous eu des réclamations de clients sur les cinq dernières années ? :  Oui  Non

Dans cet établissement ? :  Oui  Non      Ailleurs :  Oui  Non

Si Oui, merci de remplir le tableau des antécédents ci-dessous :

Date	Nature	Circonstances	Montant	
			Estimé	Réglé

Pour tout sinistre payé, déclaré ou en suspens, veuillez donner les détails sur la nature et les circonstances du ou des sinistres par une note que vous joindrez au présent questionnaire.

> Des mesures ont-elles été prises pour éviter le renouvellement de sinistres de même nature :  Oui  Non

Si oui lesquelles :

> Montant et pourcentage de votre chiffre d'affaires en % :

Dernier Chiffre d'affaires H.T. \_\_\_\_\_ €

Tatouage \_\_\_\_\_ %

Autres (ventre de bijoux fantaisies, etc.) \_\_\_\_\_ %

> Conditions de la Police d'assurances

Date de prise d'effet demandée : \_\_\_\_\_

Date d'échéance du contrat multirisque professionnel où a lieu l'activité de tatouage : \_\_\_\_\_

> Limites de garanties en Responsabilité demandées :

Création 150.000 €  250.000 €  400.000 €  autre : \_\_\_\_\_ €

Modalité de paiement de la prime :

Annuel  Semestriel

Pour valider cette proposition d'assurance veuillez parapher chaque page

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Visa courtier

(pour certification de la signature du Proposant)

Le Proposant

(signature et le cas échéant timbre commercial)

Précédés de la mention « certifié exact »

**Le Proposant certifie que les déclarations qui précèdent et qui doivent servir à l'établissement du CONTRAT sont à sa connaissance exactes.**

**Toute omission, toute déclaration fautive ou inexacte, pourrait entraîner la nullité du CONTRAT ou exposer l'Assuré à supporter la charge de tout ou partie des indemnités (articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances).**

### Documents à fournir impérativement pour une demande de cotation

1. Copie de l'enregistrement d'activité en Préfecture arrêté du 23 décembre 2008 R 1311-2 du code de la santé Publique
2. Copie de l'acte d'immatriculation RCS, Registre des métiers ou INSEE pour les professions libérales
3. Attestation de formation à l'hygiène suivant l'arrête du 12 décembre 2008 R 1311-3 du code de santé publique
4. Modèle de lettre signé par les parents légalement responsables pour les mineurs (contrôle de signature), règle applicable aux personnes mineures Art R 1311-11 code de la santé publique.
5. Convention de collecte pour les déchets d'activités de soins Art R 1311-5 a 1311-8 code de la santé publique
6. Modèle de formulaire d'information affiché dans le studio concernant le futur tatoué ainsi la lettre d'info qui doit lui être remise, obligation d'information du client Art R 1311-12 code de la santé publique.
7. Modèle de formulaire de clause de non responsabilité signé entre le futur tatoué et le proposant