



RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE Activités TATOUAGE – DETATOUAGE NON LASER - PIERCING

Informations générales

Nom de l'établissement: _____
 Téléphone: _____ E-Mail: _____
 Nom du dirigeant: _____
 Adresse des locaux: _____
 Ville: _____ Code postal: _____ Site Web: _____
 Adresse de quérabilité: _____
 Ville: _____ Code postal: _____
 Statut : _____
 Date d'installation: _____
 Nombre d'années d'expérience dans le Piercing: _____
 Nombre d'années d'expérience dans le Tatouage / Détatouage non laser : _____
 Etes-vous membre d'une organisation syndicale ? _ Oui _ Non
 si oui laquelle: _____ n° d'adhérent : _____

Chiffre d'affaires HT			
Activité	Année n-1	Année n	Année n+1
Tatouage			
Détatouage non laser			
Piercing			
Maquillage permanent			
Vente de produits *			

- préciser les produits commercialisés :
- Date de prise d'effet des garanties souhaitée :
- Date d'échéance anniversaire souhaitée :
- Quel niveau de garantie souhaitez vous ? 150 ke (création) / 250 ke / 400 ke / autre préciser :
- Fractionnement de la prime : Annuel / Semestriel

Conditions préalables à la souscription

Le preneur d'assurance déclare :

- **Exercer l'activité de tatouage/détatouage comme activité principale**
- **N'utiliser que des seringues à usage unique**
- **Etre en conformité avec la réglementation en vigueur régissant la profession (notamment les arrêtés du 11 Mars 2009, du 12 Décembre 2008, du 03 Décembre 2008, décrets du 03 Mars et du 19 Février 2008).**
- **Ne pas avoir eu de sinistre ou de réclamation au cours des 5 dernières années.**
- **Ne pas effectuer du piercing au pistolet**

Vous répondez **OUI / NON** à l'ensemble des déclarations qui précèdent. (*entourer la bonne réponse et rayer la mauvaise*)

Questions générales

1) Etes-vous seulement vendeur de produits pour le tatouage ou piercing, sans opération de tatouage ou piercing ? Oui / Non

2) Etes-vous inscrit auprès du RCS, de la chambre des métiers ou INSEE ? Oui / Non

Si oui n° : _____

3) Travaillez-vous depuis votre domicile ? Oui / Non

4) Avez-vous des artistes tatoueurs et/ou perceurs associés ou salariés ? Oui / Non

Si oui, combien et nombre d'années d'expérience pour chacun d'eux : _____

5) Avez vous une infirmière diplômée pour réaliser les piqûres ?

6) Etes-vous déclaré auprès de votre préfecture ? Oui / Non

Si oui n° : _____

7) Avez-vous fait la formation à l'hygiène ? Oui / Non

8) Si oui dans quel labo : _____ attestation _____

9) Utilisez-vous un autoclave ? Oui / Non

10) De quelle classe ? : _____

11) Si non, merci de préciser votre méthode de stérilisation :

12) Marque et type d'appareil de stérilisation :

13) Des tests de stérilisation sont ils réalisés ? Oui / Non

14) Si oui, combien de fois ? _____

15) Qui réalise les tests : _____

Tatouage / détatouage non laser

16) 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.

17) Vérifiez-vous les antécédents médicaux de vos clients ? Oui / Non

18) Demandez-vous systématiquement avant chaque acte si vos clients suivent un traitement médical ? Oui / Non

19) Si Oui, conseillez-vous les clients de se rapprocher de leur médecin référent pour avis favorable ? Oui / Non

20) Pratiquez-vous vos activités sur des mineurs ? Oui / Non

21) Réalisez-vous des tatouages/détatouages sur le visage ou la tête ? Oui / Non

22) Avez-vous une forme d'entretien sur le tatouage/détatouage avec chaque client avant l'intervention ? Oui / Non

23) Comment stérilisez-vous l'équipement et les produits avant chaque utilisation ?

24) Utilisez-vous de nouveaux gants pour chaque client ? Oui / Non

25) Dans les 12 mois à venir, à combien de conventions / salons allez vous assister comme vendeur/ démonstrateur ? _____

26) 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

27) Utilisez-vous que des encres et pigments de fabrication Européenne ? Oui / Non
Si non, d'où proviennent-ils ? _____

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

29) Pratiquez-vous le maquillage esthétique permanent ? : Oui / Non

Si oui, dans quel pourcentage de votre CA : _____ et de quel type : _____

Piercing

30) Mettez vous des piercings sur des mineurs ? Oui / Non

31) Si oui, une autorisation des parents est elle demandée ? Oui / Non

(Merci de joindre un exemplaire type.)

32) Demandez-vous aux parents d'être présents lors du piercing d'un mineur ? Oui / Non,

Si non, merci d'expliquer pourquoi : _____

33) Quel pourcentage de vos piercings est réalisé sur des mineurs ? _____ %

34) Avez-vous eu une formation dans le Body Piercing? Oui / Non

Merci de décrire votre expérience et le nombre de « shops » dans lesquels vous avez travaillé :

35) Merci d'énumérer tout l'équipement utilisé pour le piercing:

36) Utilisez-vous un pistolet à piercing ? Oui / Non

si oui, dans quelles circonstances ?

37) Comment est préparé le corps avant le piercing ?

38) Utilisez-vous une aiguille stérilisée pour chaque piercing ? Oui / Non

39) Vos procédures de piercing sont-elles limitées au sourcil, le nez, la lèvre, l'oreille, le mamelon et le nombril ? Oui / Non

40) Comment sont désinfectées des surfaces dures ?

41) De quelles matières sont faits les bijoux que vous utilisez/vendez ?

42) D'où proviennent les bijoux que vous utilisez/ vendez ?

43) Stérilisez-vous tous les bijoux avant l'insertion ? Oui / Non

44) Comment stérilisez-vous les bijoux avant l'insertion?

45) Mettez vous en place des Micro-dermal/Intraderdime, et effectuez-vous les remplacements vous-même ? Oui / Non

Antécédents d'assurances

46) Avez vous déjà été assuré pour cette activité avec cette entreprise ou une autre ? Oui / Non

47) Si oui, merci de préciser le nom du ou des assureurs :

48) Si oui, merci de préciser les périodes d'assurances :

49) Si oui pouvez joindre le relevé de sinistralité de l'assureur ? Oui / Non

- 50) Un assureur a-t-il refusé de vous assurer ? Oui / Non
- 51) Votre précédent assureur ou votre assureur actuel a-t-il résilié la police ? Oui / Non
- 52) Si oui, à quelle date et pour quelles raisons ?

- 53) Au cours des 5 dernières années avez vous eu connaissance de sinistres ou de réclamations de vos clients ? Oui / Non

- 54) Si oui, cela concerne cette entreprise ou une autre entreprise ?

- 55) Si oui, merci de compléter le tableau ci-après

Date	Nature des dommages	Circonstances	Montant		Commentaires
			Estimé	Réglé	

- 56) Quelles mesures ont-été prises à la suite des sinistres ou des réclamations survenues par le passé ?
- 57) Etes vous assuré en Multirisques dommages pour votre local et le contenu professionnel ?
- 58) La police multirisques contient-elle une garantie RC Exploitation ? Oui / Non
- 59) Si oui, merci de préciser l'assureur et la date d'échéance anniversaire :

Documents joints à ce questionnaire

01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	

Engagement du preneur d'assurance

Informations légales

« Je reconnais avoir été informé(e) (conformément à l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-avant, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

J'autorise l'assureur à communiquer mes réponses à ses correspondants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat. Je l'autorise également à utiliser mes réponses dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui, ou auprès des autres sociétés du groupe auquel il appartient. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Service Clientèle Régional de l'assureur pour toute information me concernant. »

En cochant cette case, je reconnais que je ne suis pas tenu d'accepter les termes de la proposition d'assurance faite par les assureurs, mais dans le cas où un contrat d'assurance serait accepté, cette proposition et les déclarations faites dans ce questionnaire feront partie intégrante du contrat et lui serviront de base.

Le proposant soussigné certifie que toutes les déclarations faites en réponse aux questions ci-dessus, pour servir de base au contrat à intervenir sont sincères et, à sa connaissance, exactes. Toutes réticences, fausses déclarations intentionnelles, omissions ou déclarations inexactes des circonstances du risque connues de lui, entraînent, selon, le cas, les sanctions prévues par les articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances (nullité du contrat ou réduction des indemnités).

Fait à _____, le _____

Cachet de l'entreprise	Signature du responsable	Qualité du signataire
Cachet, signature et qualité du signataire obligatoires du Proposant		

Cachet de l'intermédiaire	Signature du responsable	Qualité du signataire
Cachet, signature et qualité du signataire obligatoires du Proposant		