

RESSOURCES ALTERNATIVES

PROPOSITION COMPLÉMENTAIRE À LA PROPOSITION DE RESPONSABILITÉ GÉNÉRALE ET EXTENSION DE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Nom du courtier :

Nom de bureau :

Résidences de personnes âgées

Ressources alternatives

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROPOSANT

1. Nom du proposant:

2. Adresse :

3. Nombre d'années comme propriétaire ou opérateur :

4. Nombre d'années d'expérience, si propriétaire ou opérateur de moins de 2 ans:

5. Permis et numéros : Municipal : Santé Québec : MSSS :

6. Membre d'une association : Oui Non Si OUI, laquelle:

ACTIVITÉS

7. Capacité maximum :

Capacité actuelle :

8. Base de location de résidence : Annuelle Mensuelle Aucune

9. Nombre de résidents actuels par catégorie :

Autonomes :

Semi-Autonomes :

Non autonomes :

10. Type de clientèle :

Femmes battues

Toxicomanie

Sida

Itinérance

Santé mentale

Jeunes

Alcoolisme

Handicapées

Personnes âgées

Autre :

11. Âge de la clientèle : 0 à 11 ans 12 à 18 ans 19 à 64 ans 65 et plus

12. Nombre d'employés par catégorie :

Professionnels de la santé :	
RCR et premiers soins	
Assistance aux résidents :	
Administration /bureau :	
Entretien :	
Bénévoles :	
Autres :	

13. Décrire les mesures de vérifications lors de l'embauche d'un nouvel employé :

14. Un code d'éthique et des politiques écrites en ce qui a trait aux abus physiques et sexuels sont-ils remis aux employés lors de leur embauche ? Oui Non

SOINS & MÉDICAMENTS

15. Les médicaments sont-ils conservés sous clés ? Oui Non

16. Conservez-vous un registre des médicaments ? Oui Non

Sinon, décrire les mesures préventives qui sont prises :

17. Conservez-vous un registre des incidents ? Oui Non

18. Des médicaments sans ordonnance sont-ils distribués ? Oui Non

Si oui, précisez la nature des médicaments :

Indiquer la fréquence :

Sous quelles conditions ces médicaments sans ordonnance sont-ils distribués :

19. Les résidents reçoivent-ils la visite d'un médecin ? Oui Non

Si oui, indiquez la fréquence des visites :

20. Des soins infirmiers sont-ils fournis ? Oui Non

Si oui, indiquer la fréquence des soins :

21. Des soins sont-ils fournis par une personne autre qu'un(e) infirmier(e)? Oui Non

Si oui, précisez :

22. Nombre de résidents recevant les soins suivants :

Assistance pour soins d'hygiène, aide à l'alimentation et à l'habillement	
Services d'aide domestique (entretien ménager, approvisionnement et autres courses)	
Suivi des conditions des résidents (prise de température, pression artérielle, pulsation cardiaque, respiration et poids)	
Administration de médicaments sous prescription	
Suivi à l'hygiène alimentaire ou assistance à la préparation des repas	

23. Description des activités offertes sur les lieux :

24. Description des activités offertes hors des lieux :

25. Des activités de financement sont-elles organisées ?

Oui Non

Si oui, à quelle fréquence :

Décrire le genre d'activités :

26. Description des services additionnels offerts par votre établissement :

27. Piscine sur les lieux

Oui Non

28. SPA ou bains thérapeutiques

Oui Non

29. Ascenseur sur les lieux

Oui Non

PROTECTIONS

- | | | | |
|--|---------------------|------------------------------|------------------------------|
| 30. Nombre de sorties/étages : | Facilités d'accès : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 31. Alarme incendie reliée ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 32. Détecteur de fumée ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 33. Avertisseurs de fumée adéquats ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 34. Extincteurs portatifs adéquats ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 35. Système d'éclairage d'urgence efficace et satisfaisant ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 36. Cuisson dans les chambres | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 37. Les bénéficiaires peuvent-ils fumer dans leur chambre | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 38. Salon (s) pour fumeurs ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 39. Plan d'évacuation de chaque étage bien en vue ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 40. Salles de bains munies de barres d'appui ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 41. Salles de bains munies de surfaces antidérapantes ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 42. Salles de bains munies de sonnettes d'urgence ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 43. Pratique annuelle ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 44. Appareil élévateur pour personnes handicapées ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

HISTORIQUE

45. Au cours des cinq (5) dernières années, un assureur a-t-il refusé de renouveler ou résilier une assurance de même nature ? Oui Non
46. Au cours des cinq dernières années, le proposant, les associés, les dirigeants ou les membres du personnel ont-ils fait l'objet de réclamation pour services professionnels rendus ? Oui Non
Si oui, donnez tous les détails :
47. Au cours des cinq dernières années, le proposant, les associés, les dirigeants ou les membres du personnel ont-ils reçu une plainte verbale ou écrite de négligence pour services professionnels rendus ? Oui Non
Si oui, donnez tous les détails :

SOMMAIRE DES GARANTIES

Limites requises pour la responsabilité civile des entreprises :

Limites requises pour l'extension d'erreurs et omissions relative aux traitements :

Franchises requises:

Engagement formel : Sous peine de déchéance, l'assuré s'engage à informer l'assureur dans un délai de 14 jours, en cas de suspension de sa certification par le MSSS, si applicable, ou en cas d'imposition d'une administration provisoire.

REMARQUE : SERONT EXCLUES DE L'ASSURANCE LES RÉCLAMATIONS DÉCLARÉES OU RÉSULTANTES DES FAITS DÉCLARÉS, AINSI QUE CELLES RÉSULTANT D'ACTES, D'ERREURS, D'OMISSIONS, DE FAUTES OU DE CIRCONSTANCES CONNUS DU PROPOSANT AVANT LA DATE D'EFFET DU CONTRAT.

Signature du proposant

Date



219-4929 Jarry E
St-Léonard, Québec H1R 1Y1
T 1-866-254-4221 F 514-954-1981
souscription@groupassur.com