

PROPOSITION RESSOURCES ALTERNATIVES | ALTERNATIVES RESSOURCES APPLICATION

Proposition complémentaire à la proposition de responsabilité générale et responsabilité professionnelle | Complementary application for Commercial General Liability and E&O.

☐ Résidences de personnes âgées | Senior residence ☐ Ressources alternatives | Alternative resources

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROPOSANT | APPLICANT INFORMATION

1. Nom du proposant | Applicant's name: _____

2. Adresse du proposant | Applicant's address: _____

3. Nombre d'années comme propriétaire ou opérateur | Number of years as an owner or operator: _____

4. Nombre d'années d'expérience, si propriétaire ou opérateur de moins de 2 ans | Number of years of experience in this business if the owner or operator for less than two years: _____

5. Permis | Licence

☐ Municipal | Municipal

☐ Santé Québec | Health Quebec

☐ MSSS | MSSS

6. Membre d'une association | Member of an association

☐ Oui | Yes ☐ Non | No

Si Oui, laquelle | If Yes, which one? _____

ACTIVITÉS | ACTIVITIES

7. Superficie | Area: (pi ca) _____

8. Revenus | Revenue: _____

9. Capacité maximum: | Maximum capacity: _____

Capacité actuelle | Current capacity: _____

10. Base de location de résidence | Lease:

☐ Annuelle | Annual

☐ Mensuelle | Monthly

☐ Aucune | None

11. Nombre de résidents actuels par catégorie | Number of resident per categories:

Autonomes Independent living	
Semi-autonomes Assisted living	
Non autonomes Dependant living	

12. Type de clientèle | Type of client:

☐ Femmes battues | Women Shelter

☐ Sida | Aids

☐ Jeunes | Youth

☐ Alcoolisme | Alcohol addiction

☐ Personnes âgées | Seniors

☐ Toxicomanie | Drug addiction

☐ Itinérance | Homelessness

☐ Santé mentale | Mental Health

☐ Handicapées | Handicapped

☐ Autre: | Other: _____

13. Âge de la clientèle | Client age:

- ☐ 0 à 11 ans | 0 to 11yrs
☐ 19 à 64 ans | 19 to 64yrs

- ☐ 12 à 18 ans | 12 to 18yrs
☐ 65 et plus | 65yrs and more

14. Nombre d'employés par catégorie | Number of employee by category:

Professionnels de la santé Health Professionals:	
RCR et premiers soins CPR and First Aid:	
Assistance aux résidents Assistance to residents:	
Administration, bureau Administration, office:	
Entretien Maintenance:	
Bénévoles Volunteers:	
Autres Other:	

15. Décrire les mesures de vérifications lors de l'embauche d'un nouvel employé | Describe auditing measures when hiring a new employee:

16. 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 | Are a code of ethics and written policies in regard to physical and sexual abuse given to employees upon hiring? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

SOINS & MÉDICAMENTS | CARE & DRUGS

17. Les médicaments sont-ils conservés sous clés | Are drugs kept under lock and key?

- ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

18. Conservez-vous un registre des médicaments | Do you keep a registry of drugs?

- ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

Si Non, décrire les mesures préventives qui sont prises | If No, describe the preventive measures currently in place:

19. Conservez-vous un registre des incidents | Are drugs kept under lock and key?

- ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

20. Des médicaments sans ordonnance sont-ils distribués | Are any non prescription medication administered or distributed? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

Si Oui, précisez la nature des médicaments: | If Yes, what kind of drugs:

Indiquer la fréquence | How Often: _____

Sous quelles conditions ces médicaments sans ordonnance sont-ils distribués | Under what conditions are these drugs are distributed?

21. Les résidents reçoivent-ils la visite d'un médecin | Are resident visited by a doctor?

- ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

Si Oui, indiquez la fréquence des visites | If Yes, at what frequency:

22. Des soins infirmiers sont-ils fournis | Is nursing provided? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

Si Oui, indiquer la fréquence des soins | If Yes, indicate the frequency:

23. Des soins sont-ils fournis par une personne autre qu'un(e) infirmier(e) | Is it provided by a person other than a nurse? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No
Si Oui, précisez: | If Yes, explain: _____

24. Nombre de résidents recevant les soins suivants | Number of residents receiving the following treatments:

Assistance pour soins d'hygiène, aide à l'alimentation et à l'habillement Assistance for hygiene, food and clothing	
Services d'aide domestique (entretien ménager, approvisionnement et autres courses) Domestic Help Services (Housekeeping, groceries and others errands)	
Suivi des conditions des résidents (prise de température, pression artérielle, pulsation cardiaque, respiration et poids) Residents Conditions (temperature, blood pressure, heartbeat, breathing and weight)	
Administration de médicaments sous prescription Administration of prescription drugs	
Suivi à l'hygiène alimentaire ou assistance à la préparation des repas Monitoring food hygiene or assistance in preparing meal	

25. Description des activités offertes sur les lieux | Description of activities offered on site: _____

26. Description des activités offertes hors des lieux | Description of activities offered off site: _____

27. Des activités de financement sont-elles organisées | Are there any fundraising activities organized
☐ Oui | Yes ☐ Non | No
Si Oui, à quelle fréquence | If Yes, How often? _____

Décrire le genre d'activités | Describe the type of activity: _____

28. Description des services additionnels offerts par votre établissement | Description additional services provided by your institution: _____

29. Piscine sur les lieux | Swimming Pool on site ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

30. SPA ou bains thérapeutiques | SPA or therapeutic baths ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

31. Ascenseur sur les lieux | Elevator on site ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

PROTECTIONS | PROTECTIONS

32. Nombre de sorties par étages | Number of exits per floors: _____
Facilités d'accès | Easily accessible? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

33. Portes équipées d'une barre anti-panique | Doors equipped with a panic bar? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

34. Alarme de fumée adéquate | Adequate smoke alarms? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

35. Détecteur de fumée adéquats | Adequate smoke detectors? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

36. Extincteurs portatifs adéquats | Adequate portable fire extinguishers? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

37. Système d'alarme incendie | Fire alarm system? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No

38. Des indicateurs de sortie de secours adéquats | Adequate emergency exit indicators?
☐ Oui | Yes ☐ Non | No
39. Système d'éclairage d'urgence efficace et satisfaisant | Effective and satisfactory emergency lighting system? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No
40. Cuisson dans les chambres | Is cooking allowed in the rooms? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No
41. Les bénéficiaires peuvent-ils fumer dans leur chambre | Can the beneficiaries smoke in their room?
☐ Oui | Yes ☐ Non | No
42. Salon (s) pour fumeurs | Is there a lounge or lounges for smokers? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No
43. Plan d'évacuation de chaque étage bien en vue | Evacuation plan on every floor easily seen?
☐ Oui | Yes ☐ Non | No
44. Pratique annuelle d'incendie | Annual fire practice? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No
45. Salles de bains munies de barres d'appui | Bathrooms provided with support bars?
☐ Oui | Yes ☐ Non | No
46. Salles de bains munies de surfaces antidérapantes | Bathrooms provided with nonskid surfaces?
☐ Oui | Yes ☐ Non | No
47. Salles de bains munies de sonnettes d'urgence | Bathrooms provided with an emergency bell?
☐ Oui | Yes ☐ Non | No
48. Appareil élévateur pour personnes handicapées | Is there a hoist for handicapped persons?
☐ Oui | Yes ☐ Non | No
49. Est-ce qu'il y a des gicleurs | Are there any sprinklers? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No
50. Qui peut entrer dans le bâtiment la nuit | Who can enter the building at night?

51. Comment ça fonctionne la nuit pour les portes d'entrée | How does it work at night for the entrance doors?

HISTORIQUE | HISTORIC

52. Au cours des cinq (5) dernières années, un assureur a-t-il refusé de renouveler ou résilier une assurance de même nature | Over the past five (5) years, did an insurer refused to renew or cancelled a similar insurance policy? ☐ Oui | Yes ☐ Non | No
53. Au cours des cinq (5) dernières années, le proposant, les associés, les dirigeants ou les membres du personnel ont-ils fait l'objet de réclamation pour services professionnels rendus | Over the last five (5) years, did the applicant, shareholders, officers or any staff members been subject to claims regarding rendered professional services?
☐ Oui | Yes ☐ Non | No
 Si Oui, donnez tous les détails (Date, circonstances, montant payé, réserve, dossier ouvert ou fermé) |
 If Yes, give full details (Date, circumstances, amount paid, reserve, claim opened or closed):

54. Au cours des cinq (5) 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 | Over the last five (5) years, did the applicant, shareholders, officers or any staff members have received verbal or written complaint of negligence regarding rendered professional services?

☐ Oui | Yes ☐ Non | No

Si Oui, donnez tous les détails: | If Yes, give details:

SOMMAIRE DES GARANTIES | COVERAGES

Limites requises pour la responsabilité civile des entreprises | Limits required for Commercial General Liability: _____

Limites requises pour l'erreurs et omissions | Limits required for the error and omission: _____

Franchises requises | Deductible BI & PD: _____

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. | Covenant: Under penalty of forfeiture, the insured agrees to notify the insurer within 14 days, in case of suspension of his certification by the DHSS, if applicable, or in case of imposition of a provisional administration.

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. | Note: Will be excluded claims arising from or reported facts and the those arising from acts, errors, omissions, errors or circumstances known to the applicant before the effective date of the policy.

Signature de l'assuré | Signature of the Insured: _____

Date: _____

SVP envoyez la proposition complétée, signée et datée à souscription@revau.com. | Please send the completed, signed and dated application to underwriting@revau.com.