



QUESTIONNAIRE SUR LES SERVICES D'HÉBERGEMENT

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)

2. **Adresse postale :**

Site Web :

3. Depuis combien de temps le Proposant exerce-t-il ses activités sous la raison sociale ci-dessus ?

4. **Nature des activités :**

5. a) Problèmes, maladies ou comportements particuliers dont s'occupe le foyer :

b) Y a-t-il administration de médicaments ?
Si oui, précisez :

Oui Non

c) Vérifie-t-on si les résidents ont des allergies ?

Oui Non

A-t-il des EPIPEN sur place et le personnel sait-il s'en servir ?

Oui Non

d) Prenez-vous soin de personnes souffrant de maladies psychiatriques ?
Si oui, précisez :

Oui Non

e) **Annexez un exemplaire des consignes d'urgence actuellement en place.**

Les lieux sont-ils munis de tous les détecteurs d'incendie / de fumée et extincteurs obligatoires ?

Oui Non

Y a-t-il un contrat d'entretien en vigueur pour les alarmes et le matériel d'extinction ?

Oui Non

f) Politiques et méthodes en place pour les soins médicaux et les urgences :

g) Le Proposant emploie-t-il du personnel médical (médecins, infirmières, thérapeutes, etc.) ?

Oui Non

6. Depuis combien de temps le Proposant exploite-t-il son établissement ?

_____ Revenu : _____

Au cours des 10 dernières années, certains dirigeants ont-ils exercé des activités semblables ?
Si oui, donnez toutes précisions utiles sur une feuille distincte.

Oui Non

7. a) Nombre total de :

Salariés

Contractuels

Entrepreneurs indépendants

Bénévoles

Franchisés

Employés de franchisés

b) Nature des travaux effectués par des sous-traitants pour le Proposant :

c) Une preuve d'assurance de la Responsabilité Civile est-elle exigée de tous les entrepreneurs et sous-traitants ?
Si non, expliquez pourquoi :

Yes No

Si oui, montant exigé : _____

8. a) Le Proposant assume-t-il la responsabilité de tiers par contrat ? Oui Non
Si oui, précisez et annexe les copies des contrats.

b) Nombre de personnes confiées à vos soins :

Enfants et adolescents _____ Adulte physiquement ou mentalement handicapés _____

Autres : _____

c) Nombre de lits disponibles : _____

d) Nombre de préposés aux soins des :

Enfants et adolescents _____ Adulte physiquement ou mentalement handicapés _____

Autres : _____

Poste de l'employé	Désignation professionnelle	Formation aux urgences médicales (le cas échéant)	S'occupe des	
			Enfants	Adultes

Les salariés sont-ils tous couverts par la CSST ou la CSPAAT ? Oui Non
Si non, indiquez combien ne le sont pas, par poste, ainsi que les salaires approximatifs :

9. Comment vérifiez-vous les antécédents des postulants

- Références d'autres établissements Vérification auprès de la police
 Autre méthode – Précisez : _____

10. Aménagements pour les résidents :

Salle d'exercice / Piscine Oui Non Salle de télévision Oui Non

Salle de jeux Oui Non Autres – Précisez : _____

11. Mesures de sécurité :

Surveillance du hall d'entrée Oui Non Contrôles de sécurité Oui Non

Alarmes aux sorties Oui Non

N^{bre} de membres du personnel en service ou sur les lieux la nuit : _____

12. a) Les aliments sont-ils préparés par votre propre personnel ou des traiteurs extérieurs ? _____

Ces personnes sont-elles sensibilisées et formées à répondre aux besoins alimentaires spéciaux ? Oui Non

b) Les patients ont-ils le droit de recevoir des visiteurs ? Oui Non

Quelles politiques et consignes sont en place concernant les visites ?

c) Des excursions, visites médicales ou autres sorties sont-elles organisées ? Oui Non
Si oui, précisez :

d) Les patients sont-ils parfois laissés sans surveillance ? Oui Non
Précisez :

13. Le Proposant est-il assuré actuellement ? Oui Non

Si oui, nom de l'assureur : _____

Prime : _____

Montant de garantie : _____

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

L'assureur est-il disposé à renouveler le contrat ? Oui Non
Si non, expliquez pourquoi :

L'assurance couvre-t-elle toutes les activités du Proposant ? Oui Non
Si non, précisez :

14. **Sinistres antérieurs :**

Indiquez le coût total (au premier dollar) 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	Nature du sinistre et des dommages corporels ou matériels	MONTANT				État
		Provision	Payé	Frais	Franchise	

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

Si oui, précisez : _____

15. **Automobiles des non-propriétaires**

Nombre de salariés qui se servent de leur véhicule pour les affaires de la Compagnie :

Régulièrement _____

Occasionnellement _____

Estimation des coûts annuels :

des véhicules loués _____ des véhicules utilisés en vertu de contrats _____

(Précisez) :

16. Montant(s) de garantie demandé(s) : _____

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.aUf_Y`bHfbUH}cbU'W