

Proposition d'assurance – Maison de soins infirmiers / résidence pour personnes âgées / foyer de soins de longue durée – Situations additionnelles

Situation n° (s'il y a plus d'une situation assurée joindre une demande pour chaque établissement additionnel)

1. Adresse de la situation (si elle diffère de l'adresse postale) : _____
2. Nom et adresse du créancier hypothécaire ou du bénéficiaire : _____
3. Type de soins :
 - ☐ Établissement offrant un soutien minimal (peut fournir des repas ou des services d'entretien ménager; aucuns soins infirmiers prodigués)
 - ☐ Établissement offrant des niveaux de soins personnels ou de soutien modérés (IA ou IAA en service), moins de 1,5 heure de soins par jour par résident
 - ☐ Établissement de soins de longue durée / unité pour les maladies chroniques / maison de soins infirmiers offrant des soins infirmiers 24 heures par jour
4. Quel organisme de réglementation supervise l'exploitation de cet établissement? _____
5. L'entreprise est-elle accréditée par un organisme d'accréditation indépendant reconnu? ☐ Oui ☐ Non
6. Date de la dernière accréditation : _____
7. a) Le proposant est-il membre d'une ou de plusieurs associations? ☐ Oui ☐ Non
b) Dans l'affirmative, lesquelles? _____
8. Quel est le statut du permis d'exploitation? ☐ Permis conditionnel ☐ Permis non conditionnel
☐ Aucun permis d'exploitation requis
9. a) Le permis a-t-il déjà été révoqué, suspendu ou annulé? ☐ Oui ☐ Non
b) Dans l'affirmative, veuillez préciser : _____
10. a) L'entreprise est-elle détenue et exploitée par la même entité ou gérée par d'autres?
☐ Gérée par le propriétaire ☐ Gérée par des tiers
b) Dans l'affirmative, y a-t-il un contrat en vigueur? ☐ Oui ☐ Non
c) Si « tiers », nom de l'entreprise : _____

Veuillez joindre une copie du contrat faisant référence aux obligations et aux paramètres des tâches devant être effectuées par le tiers.

11. Nombre de chambres ou d'unités : _____
12. Nombre de chambres ou d'unités occupées : _____
13. Nombre de lits : _____
14. Nombre de lits occupés : _____
15. Nombre de chambres individuelles : _____
16. Nombre de chambres à deux lits : _____
17. Combien de chambres comptent trois lits ou plus? _____
18. Nombre de résidents alités (le cas échéant) : _____
19. Les résidents reçoivent-ils plus de 1,5 heure de soins chaque jour? ☐ Oui ☐ Non
☐ deux (2) heures ☐ de deux (2) à trois (3) heures ☐ de trois (3) à quatre (4) heures ☐ quatre (4) heures ou plus
20. Combien d'employés sont à l'emploi de l'établissement depuis :
Moins de deux (2) ans : _____
De deux (2) à cinq (5) ans : _____ De cinq (5) à dix (10) ans : _____ Plus de dix (10) ans : _____
21. Y a-t-il un gestionnaire sur les lieux en tout temps? ☐ Oui ☐ Non

Installations / Dotation en personnel

1. À quelles installations ou activités les résidents ont-ils accès (p. ex., loisirs, centres de conditionnement physique, cours d'artisanat, excursions d'une journée)?

2. Veuillez indiquer les services fournis aux résidents par des tiers (podiatre, chiropraticien, coiffeurs, etc.).

3. Fournissent-ils une preuve qu'ils souscrivent leur propre assurance responsabilité, y compris une assurance responsabilité professionnelle? ☐ Oui ☐ Non
4. a) Existe-t-il un contrat écrit avec un entrepreneur qualifié pour l'enlèvement de la neige et de la glace? ☐ Oui ☐ Non
b) Dans l'affirmative, un certificat d'assurance a-t-il été obtenu de l'entrepreneur? ☐ Oui ☐ Non
c) Si ce n'est pas le cas, qui est responsable de l'enlèvement de la neige et de la glace? _____

Des registres sont-ils conservés à ce sujet? ☐ Oui ☐ Non

5.	Profession / nature du travail	Nbre d'employés à temps plein	Nbre d'employés contractuels ou d'agence à temps partiel	Nbre d'employés contractuels ou d'agence à temps plein
	Infirmières autorisées			
	Infirmiers ou infirmières auxiliaires autorisés ou agréés			
	Gestionnaires			
	Employés de bureau ou des services administratifs			
	Adjointes en soins de santé ou préposés aux bénéficiaires			
	Préposés à l'entretien ou aux travaux ménagers			
	Travailleurs sociaux			
	Gestion nutritionnelle ou services d'alimentation			
	Autres (veuillez préciser) :			

6. Les infirmiers autorisés, infirmiers auxiliaires agréés et infirmiers auxiliaires autorisés souscrivent-ils leur propre assurance responsabilité professionnelle? ☐ Oui ☐ Non
7. Les autres professionnels (travailleurs sociaux, diététiciens, etc.) souscrivent-ils leur propre assurance responsabilité professionnelle? ☐ Oui ☐ Non
8. Les employés sont-ils tous couverts par une commission des accidents du travail? ☐ Oui ☐ Non
9. Les employés et les bénévoles font-ils tous l'objet d'une vérification des antécédents criminels? ☐ Oui ☐ Non
10. L'établissement possède-t-il son propre véhicule (p. ex., un minibus)? ☐ Oui ☐ Non
11. a) Certains employés utilisent-ils régulièrement leur véhicule personnel à des fins professionnelles? ☐ Oui ☐ Non
b) Dans l'affirmative, combien? _____
12. Le proposant confirme-t-il qu'une assurance responsabilité civile d'au moins 1 000 000 \$ est en vigueur pour tous les employés et bénévoles qui utilisent leur véhicule personnel? ☐ Oui ☐ Non
13. Leur dossier de conduite est-il vérifié? ☐ Oui ☐ Non
14. a) Des véhicules sont-ils loués, empruntés ou affrétés pour emmener des résidents en excursion? ☐ Oui ☐ Non
b) Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions, y compris sur tout voyage aux États-Unis.
15. a) L'établissement a-t-il recours à des services privés de transport ambulancier? ☐ Oui ☐ Non
b) Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions, y compris la documentation et les registres ou les dossiers de transport.

Protocole de pandémie

1. Qui s'occupe du nettoyage ou de l'entretien? ☐ Personnel ☐ Tiers
2. a) Cet établissement a-t-il connu une éclosion de maladie contagieuse, notamment de COVID-19, pendant la période en cours ou la période précédente? ☐ Oui ☐ Non
b) Dans l'affirmative, y a-t-il eu des décès? Combien? _____
3. L'établissement a-t-il fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite de l'épidémie de COVID-19 ou d'une éclosion similaire? ☐ Oui ☐ Non
4. a) Avez-vous mis en œuvre toutes les recommandations et lignes directrices gouvernementales concernant les maladies contagieuses, les pandémies ou les écloptions similaires? ☐ Oui ☐ Non
b) Si vous avez répondu « non », veuillez décrire toute politique, procédure ou pratique qui diffère de celle des lignes directrices gouvernementales en vigueur.
5. Votre plan de continuité des opérations comprend-il des mesures de continuité des traitements? ☐ Oui ☐ Non

Caractéristiques de la propriété

1. Construction des murs : ☐ Béton armé ☐ Blocs de béton creux ☐ Maçonnerie de briques pleines
☐ Parement de brique ☐ Panneau de verre – Charpente métallique ☐ Revêtement en métal – Charpente métallique
☐ Revêtement en métal – Charpente de bois ☐ Charpente / stuc ☐ Rondins, rustique

2. Construction du toit : ☐ Solives de béton ☐ Platelage en tôle ☐ Solives de bois ☐ Bois massif
☐ Système en acier ajouré, tôle ondulée, poutres d'acier triangulées ☐ Bois ajouré, tôle ondulée

3. Construction des planchers : ☐ Béton armé ☐ Bois ☐ Socle de béton

4. Année de construction : _____

5. Nombre d'étages : _____

6. Y a-t-il un sous-sol? ☐ Oui ☐ Non

7. Superficie totale du bâtiment : _____ ☐ m² ☐ pi²

8. Superficie occupée par le proposant : (tous les étages, y compris le sous-sol) : _____ ☐ m² ☐ pi²

9. Si le bâtiment a plus de 25 ans, les installations suivantes ont-elles été rénovées ou remplacées?

Électricité :	Année : _____	☐ Remplacement partiel ☐ complet
Chauffage :	Année : _____	☐ Remplacement partiel ☐ complet
Plomberie :	Année : _____	☐ Remplacement partiel ☐ complet
Toiture :	Année : _____	☐ Remplacement partiel ☐ complet

10. Système électrique : ☐ Coupe-circuit ☐ Fusibles

11. Type de chauffage : ☐ Vapeur ☐ Eau chaude ☐ Air pulsé

12. Type de chauffage auxiliaire, le cas échéant : _____

13. a) Type de carburant : ☐ Gaz ☐ Électricité ☐ Mazout ☐ Bois ☐ Autre
b) Si autre, veuillez spécifier : _____

14. Approvisionnement en eau municipal? ☐ Oui ☐ Non

15. Distance jusqu'à la borne-fontaine : _____ ☐ mètres ☐ pieds

16. Distance jusqu'à la caserne de pompiers : _____ ☐ kilomètres ☐ milles

17. a) Le bâtiment est-il muni d'installations d'extinction automatique? ☐ Oui ☐ Non
b) Dans l'affirmative, le système est-il : ☐ intégral ☐ partiel c) Si partiel, quel % _____ ?

18. a) Les installations d'extinction automatique sont-elles reliées à une centrale de surveillance? ☐ Oui ☐ Non
b) Les installations d'extinction automatique sont-elles inspectées, entretenues et testées de façon régulière? ☐ Oui ☐ Non

19. Le proposant a-t-il mis en place des procédures et des protocoles de fermeture d'eau en cas d'urgence dans l'éventualité d'un bris de la tuyauterie ou des installations d'extinction automatique? ☐ Oui ☐ Non

20. a) Le bâtiment est-il équipé d'une pompe de puisard fonctionnelle? ☐ Oui ☐ Non
b) Dans l'affirmative, est-elle reliée à une batterie de secours, une génératrice ou une autre source d'alimentation? ☐ Oui ☐ Non
c) Est-elle reliée à un système d'alarme? ☐ Oui ☐ Non

21. Le conduit sanitaire du bâtiment est-il équipé d'un clapet anti-refoulement? ☐ Oui ☐ Non

22. a) Des détecteurs d'eau ont-ils été installés dans le bâtiment? ☐ Oui ☐ Non b) Dans l'affirmative, combien? _____
c) Les détecteurs s'arrêtent-ils automatiquement au niveau de la conduite d'eau principale lorsqu'ils sont activés? ☐ Oui ☐ Non

23. a) Y a-t-il une alarme incendie? ☐ Oui ☐ Non b) Dans l'affirmative, cette alarme est-elle reliée à une centrale de surveillance? ☐ Oui ☐ Non

24. a) Y a-t-il une alarme contre le vol? ☐ Oui ☐ Non b) Dans l'affirmative, cette alarme est-elle reliée à une centrale de surveillance? ☐ Oui ☐ Non

25. a) Les portes de l'établissement sont-elles verrouillées en tout temps et reliées à une alarme? ☐ Oui ☐ Non
b) Dans l'affirmative, ☐ certaines portes extérieures ☐ toutes les portes extérieures

26. Est-ce que chaque unité d'habitation est équipée d'un détecteur de fumée? ☐ Oui ☐ Non

27. Y a-t-il des extincteurs d'incendie dans l'immeuble? ☐ Oui ☐ Non

28. L'établissement est-il doté de détecteurs de monoxyde de carbone? ☐ Oui ☐ Non

29. a) Est-ce que les lieux sont surveillés par des caméras? ☐ Oui ☐ Non
b) Dans l'affirmative, sont-elles : ☐ à l'intérieur ☐ à l'extérieur ☐ à l'intérieur et à l'extérieur

30. a) Y a-t-il des appareils de cuisson : ☐ Sur les étages? ☐ Dans les chambres?
b) Dans l'affirmative, combien de chambres sont dotées de ces appareils? _____

31. a) L'établissement est-il équipé d'une cuisine complète? ☐ Oui ☐ Non
b) Dans l'affirmative, est-elle exploitée par le proposant ou par un tiers? _____

32. a) Y a-t-il une installation fixe d'extinction d'incendie? ☐ Oui ☐ Non
 b) Dans l'affirmative, l'installation est-elle conforme à la norme UL 1254.6 ou UL 300? ☐ Oui ☐ Non
33. Le système de hottes et de conduits de ventilation est-il conforme à la norme NFPA 96? ☐ Oui ☐ Non
34. Les extincteurs de classe K sont-ils facilement accessibles dans les coins cuisine et font-ils l'objet d'un entretien annuel? ☐ Oui ☐ Non
35. Est-il permis de fumer dans les unités individuelles? ☐ Oui ☐ Non
36. a) Est-il permis de fumer dans certaines zones désignées? ☐ Oui ☐ Non
 b) Le cas échéant, est-il permis de fumer sur les balcons des unités des résidents? ☐ Oui ☐ Non
37. Le service d'incendie local a-t-il effectué des inspections pour la prévention des incendies? ☐ Oui ☐ Non
38. Date de la dernière inspection : _____
39. a) Les recommandations découlant de cette inspection étaient : ☐ majeures ☐ mineures ☐ aucune violation
 b) Si les recommandations étaient majeures ou mineures, les corrections requises ont-elles été apportées ou sont-elles toujours en suspens? ☐ Oui ☐ Non
40. Date de la dernière inspection gouvernementale : _____
41. Combien de manquements à la conformité ont été relevés par l'inspection gouvernementale (tous les secteurs)? _____
42. Combien de manquements à la conformité ont été relevés par l'inspection gouvernementale (soins médicaux)? _____
43. a) Les recommandations découlant de l'inspection gouvernementale étaient : ☐ majeures ☐ mineures ☐ aucune violation
 b) Si les recommandations étaient majeures ou mineures, les corrections requises ont-elles été apportées ou sont-elles toujours en suspens? _____
44. L'établissement est-il conforme au code de prévention des incendies, au code du bâtiment, aux exigences en matière de sécurité et de manipulation des aliments et aux normes en matière de soins? ☐ Oui ☐ Non

Couverture demandée

1.

	Limites
Limite relative au bâtiment	
Limite relative au matériel	
Limite relative aux stocks	
2. Franchise demandée : _____
3. Garanties additionnelles des biens : ☐ Tremblement de terre ☐ Inondation ☐ Refoulement des égouts
4. a) Garantie Bris des équipements : ☐ Oui ☐ Non
 b) Dans l'affirmative, quelle est la valeur maximale des aliments qui pourraient se gâter? _____
5.

	Limite
Limite de l'assurance responsabilité civile générale des entreprises	
Limite de la garantie relative aux abus (remplir la proposition)	
Limite de l'assurance responsabilité professionnelle (faute professionnelle) (remplir la proposition)	
Limite de l'assurance responsabilité civile complémentaire (remplir la proposition)	
Limite de l'assurance responsabilité civile des administrateurs et des dirigeants (remplir la proposition)	
6. Le proposant est-il au courant de faits, d'incidents ou de circonstances qui pourraient donner lieu à une poursuite contre lui? ☐ Oui ☐ Non

SIGNATURE ÉLECTRONIQUE : Je conviens qu'en soumettant cette proposition en ligne, je la signe électroniquement.

☐ J'accepte les modalités indiquées aux présentes.

La signature de la présente proposition d'assurance ne lie aucunement le proposant ou l'assureur.

Les renseignements contenus dans la présente proposition ainsi que dans les documents et annexes ci-joints constituent la base du contrat d'assurance, si celui-ci est établi.

Si une réponse frauduleuse est fournie à l'une ou l'autre des questions ci-dessus ou aux questions contenues dans les pièces jointes ou les annexes, ou si une réponse vise à dissimuler le risque ou des renseignements importants sur celui-ci ou sur les circonstances ou à faire une fausse déclaration à ce sujet, le contrat d'assurance sera nul et non avenu. Dans l'éventualité d'incohérences entre la présente proposition et le contrat d'assurance, la proposition prévaut, à moins que l'assureur n'ait informé le client de telles incohérences dans un document écrit distinct.

J'ai lu ce qui précède et j'atteste qu'à ma connaissance, la présente proposition, y compris toutes les pièces jointes et les annexes, constitue un exposé complet et véridique des faits.

Nom du proposant : _____

Poste : _____

Signature du proposant : _____

Signé le : _____