

EN REMPLISSANT CE FORMULAIRE, VOUS DONNEZ VOTRE ACCORD POUR LE TRAITEMENT DE VOS INFORMATIONS PERSONNELLES. VEUILLEZ VOUS RÉFÉRER À LA PAGE 3 POUR PLUS DE DÉTAILS SUR NOTRE POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ.

Programme de soins de santé : Proposition nouvelles affaires pour les soins aux personnes âgées

Veillez lire et compléter la demande dans son intégralité. Les blancs et/ou les tirets ne sont pas acceptables et retarderont l'examen de la demande. Répondez à toutes les questions. Si la question ne s'applique pas, indiquez "S/O" dans l'espace prévu à cet effet.

SECTION 1 - INFORMATION GÉNÉRALE

Proposant (Nom légal) :			
Adresse postale :			
Personne ressource :		Courriel :	
Téléphone :		Télécopieur :	Assureur précédent :

Veillez énumérer toutes les entités liées telles que les fondations, les filiales ou les sociétés à but lucratif, qui contrôlent ou sont contrôlées par le demandeur. (Veillez décrire les activités de chacune et sa relation avec l'organisation).

Nom de l'entreprise	Relation avec le proposant	Description des activités

Prévoyez-vous un changement important dans les activités au cours des 12 prochains mois? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser :

Combien de temps en affaires?	Quel est votre revenu annuel?	\$
Votre organisation (entreprise) est-elle classée comme une société à but non lucratif?		☐ Oui ☐ Non

SECTION 2 - RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE ET GÉNÉRALE

EMPLOYÉS/ BÉNÉVOLES	Des vérifications des références d'emploi sont-elles effectuées pour tous les employés et bénévoles?	☐ Oui ☐ Non
	Des vérifications des antécédents criminels sont-elles effectuées pour tous les employés/bénévoles?	☐ Oui ☐ Non
	Demandez-vous aux nouveaux employés s'ils peuvent avoir un garant?	☐ Oui ☐ Non
	Existe-t-il un processus formel de sélection et de formation des bénévoles?	☐ Oui ☐ Non
	Les employés/bénévoles entrent-ils dans les résidences des clients?	☐ Oui ☐ Non
	Nombre total de bénévoles :	
PRATIQUES D'EMPLOI	Avez-vous un exemplaire à jour de la Loi sur les normes de travail accessible à votre personnel?	☐ Oui ☐ Non
	Des avertissements écrits sont-ils donnés aux employés pour avoir une trace écrite des problèmes de performance?	☐ Oui ☐ Non
	Un avocat est-il consulté avant le licenciement d'un employé?	
	Tous les employés sont-ils couverts par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)?	☐ Oui ☐ Non
PROTOCOLE D'ABUS	Existe-t-il une politique écrite formelle pour les employés/bénévoles qui interdit les abus et les inconduites sexuelles? (si oui, veuillez en fournir une copie).	☐ Oui ☐ Non
	Disposez-vous d'une procédure écrite formelle pour traiter les allégations d'abus ou les plaintes déposées? (si oui, veuillez en fournir une copie)	☐ Oui ☐ Non
	Des allégations de maltraitance ont-elles été formulées contre vous, vos employés ou toute autre personne associée à votre organisation au cours des 5 dernières années? Si oui, veuillez joindre les détails sur une feuille séparée.	☐ Oui ☐ Non
TRANSPORT	Fournissez-vous un service de transport aux clients?	☐ Oui ☐ Non
	Ce transport implique-t-il de quitter votre province?	☐ Oui ☐ Non
	Si oui, précisez :	
	Les employés/bénévoles conduisent-ils leur propre véhicule dans le cadre de leur travail?	☐ Oui ☐ Non
	Si oui, à la question ci-dessus :	
	Signalent-ils cette utilisation à leur assureur?	☐ Oui ☐ Non
	Ont-ils souscrit une assurance responsabilité civile automobile d'au moins 1 million de dollars dans leur police d'assurance automobile personnelle?	☐ Oui ☐ Non
Un certificat d'assurance est-il demandé comme preuve de l'assurance automobile?	☐ Oui ☐ Non	

Veillez indiquer le nombre de lits pour lesquels vous détenez une licence :

	Retraite		Soins palliatifs		Unité Alzheimer & démence
	Assistance aux personnes âgées		Soins de répit		Foyer pour femmes/hommes
	Résidences de retraite / soins de longue durée		Soins aux malades chroniques		Salles de séjour pour adultes (avec une programmation de jour et supervisées)
	Résidents autonomes/ bail à vie		Médecine Générale, Chirurgie générale		Autre (veuillez préciser) : places, salles
	Maison d'assistance soins palliatifs		Maison des aînés et maison alternative		Autre (veuillez préciser) : places, salles

Veillez indiquer le nombre de personnes employées par votre organisation (nombre équivalent de personnes à temps plein) :

	Gestion / Administration		Travailleurs / préposés d'assistance personnelle		Récréation/ activités thérapeutiques
	Médecins (employés et salariés)		Kinésologues		Travailleurs sociaux/Intervenant social
	Médecins auxiliaires		Audiologiste/orthophoniste		Pharmaciens
	Conseillers		Thérapeutes respiratoires		Massothérapeutes
	Infirmières		Physiothérapeute		Ménage/ Buanderie
	Infirmières praticiennes spécialisées		Podologue		Cuisinier/Services alimentaires
	RPNs/LPNs		Acupuncteurs		Salon de coiffure/coiffeur
			Diététiciens/nutritionnistes		Autre : Veuillez préciser :

Tous les médecins, dentistes et chiropraticiens du personnel - NON employés dans un rôle administratif - sont-ils membres de leur Ordre professionnelle (c'est-à-dire l'ACPM, la CCMC, l'ACCP)?			☐ Oui	☐ Non
TRAVAILLEUR AUTONOMES ENTREPRENEURS INDÉPENDANTS	Avez-vous des entrepreneurs indépendants? travailleurs autonomes?		☐ Oui	☐ Non
	Vos entrepreneurs indépendants / travailleurs autonomes sont-ils tenus de fournir une preuve d'assurance responsabilité civile?		☐ Oui	☐ Non
SERVICES MÉDICAUX	Administrez-vous des médicaments?		☐ Oui	☐ Non
	Fournissez-vous des services de prélèvement d'échantillons sanguins?		☐ Oui	☐ Non
	Si oui, précisez :			
	Vos services incluent-ils la thérapie IV? La perfusion intraveineuse?		☐ Oui	☐ Non
	Fournissez-vous des vaccins contre la grippe au personnel ou à d'autres personnes? Si Autres, veuillez préciser :		☐ Oui	☐ Non

SECTION 2.1 – COUVERTURE REQUISE

Quel est le montant de l'assurance responsabilité civile professionnelle et générale dont vous avez besoin?	☐ \$2,000,000	☐ \$5,000,000	☐ \$10,000,000	☐ Autre: \$
Quelle est la franchise vous souhaitez?	☐ \$1,000	☐ \$2,500	☐ \$5,000	☐ \$10,000
	☐ Autre: \$			

SECTION 3 - RESPONSABILITÉ DES ADMINISTRATEURS ERREURS & OMISSIONS

Veillez soumettre les derniers états financiers et la liste complète des administrateurs et dirigeants dûment élus ou nommés de l'organisation.

Veillez indiquer le nombre total de directeurs et d'administrateurs de votre organisation :	
L'organisme est-il en retard dans le paiement des sommes dues à Revenu Canada ou aux ministères provinciaux du revenu (y compris les retenues à la source, la TPS, la TVP ou la TVH)?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous des employés impliqués dans les responsabilités fiduciaires d'un régime de retraite au nom de votre organisation?	☐ Oui ☐ Non
Le demandeur ou l'un de ses employés a-t-il connaissance de faits, de circonstances ou de situations qui pourraient raisonnablement donner lieu à une réclamation?	☐ Oui ☐ Non
Si oui, veuillez fournir des détails. (Si l'espace est insuffisant, veuillez utiliser une feuille de papier séparée)	
L'organisation est-elle actuellement ou a-t-elle été, à un moment quelconque au cours des douze derniers mois, en infraction avec l'une de ses clauses ou conventions, d'obligations contractuelles, ou prévoit-elle qu'une telle infraction ou anomalie surviendra au cours des douze prochains mois?	☐ Oui ☐ Non
Si oui, veuillez fournir les détails	

Veillez indiquer s'il y a eu des changements au cours des douze derniers mois ou si des changements sont prévus au cours des douze prochains mois dans les domaines indiqués à côté de cette question. Si oui, veuillez fournir des détails.	a-Fonctionnement/Service de l'organisation	☐ Oui ☐ Non
	b-Filiales - ajoutées ou supprimées	☐ Oui ☐ Non
	c-Nombre d'administrateurs et de dirigeants	☐ Oui ☐ Non
	d-Mode de financement	☐ Oui ☐ Non

Sans limitation de tout autre recours dont dispose l'assureur, il est convenu que s'il y a connaissance d'un tel fait, d'une telle circonstance ou d'une telle situation, toute réclamation ou action en découlant ultérieurement est exclue de la couverture de l'assurance proposée.

ASSURANCE MULTIRISQUE CONTRE DÉTOURNEMENT, DISPARITION, DESTRUCTION (3D CRIME)

Note : Les employés de classe A sont des employés qui ont accès à des espèces, des chèques et des titres dans le cadre de leurs fonctions.		Total Classe A
Les contresignatures sont-elles requises sur tous les chèques ? Si non, veuillez expliquer la procédure de signature des chèques :		☐ Oui ☐ Non
Utilise-t-on une machine à signer les chèques?		☐ Oui ☐ Non
Y a-t-il un contrôle sur les chèques en blanc?		☐ Oui ☐ Non
Les chèques sont-ils pré-numérotés et comptabilisés?		☐ Oui ☐ Non
Les chèques en blanc sont-ils dans une place sécurisée? sous clé?		☐ Oui ☐ Non
Les comptes bancaires sont-ils conciliés et vérifiés par une personne non autorisée à déposer ou à retirer des fonds ?		☐ Oui ☐ Non
Un audit annuel est-il réalisé par un tiers? Si oui, précisez :		☐ Oui ☐ Non
Montant maximum habituel d'argent liquide dans les locaux?		\$
Nombre d'employés/bénévoles qui, dans le cadre de leur fonction, rendraient visite aux clients à leur domicile.		
Avez-vous un coffre-fort?		☐ Oui ☐ Non
Si oui à la question ci-dessus :	S'agit-il d'un coffre de classe 1 (fer/acier, toute épaisseur; serrure à combinaison)?	☐ Oui ☐ Non
	S'agit-il d'un coffre de classe 2 (étiquette TL-15 UL sur la porte ou le cadre du coffre)?	☐ Oui ☐ Non

SECTION 4.1 – COUVERTURE REQUISE

Quel est le montant de l'assurance contre le crime dont vous avez besoin?	☐ \$50,000 ☐ \$100,000 ☐ \$200,000 ☐ Autre: \$
Quelle est la limite de la franchise que vous souhaitez?	☐ Néant ☐ \$1,000 ☐ \$2,500 ☐ \$5,000 ☐ Autre: \$

SECTION 5 – HISTORIQUE DES RÉCLAMATIONS

Avez-vous déjà eu une réclamation contre vos polices d'assurance? Si oui, veuillez fournir les informations dans un document séparé, y compris la date du sinistre, la couverture, la description du sinistre et le montant.	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous connaissance de tout incident ou circonstance qui pourrait potentiellement mener à une réclamation contre votre organisation? Si oui, veuillez fournir des informations dans un document séparé.	☐ Oui ☐ Non
Votre organisation s'est-elle déjà vu refuser une couverture d'assurance?	☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez indiquer les raisons

AVIS CONCERNANT LES INFORMATIONS PERSONNELLES

En souscrivant une assurance auprès de Groupe d'assurance South Western, un client donne à Groupe d'assurance South Western son consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de renseignements personnels, y compris ceux qui ont été recueillis antérieurement, aux fins suivantes:

- la communication avec les souscripteurs;
- l'évaluation des sinistres;
- l'analyse des résultats de l'entreprise;
- la souscription des polices;
- la détection et la prévention de la fraude;
- les fins requises ou autorisées par la loi.

- Conformément à la politique de SWG en matière de protection de la vie privée, disponible au bas de la présente demande et sur notre site web : <https://swgins.com/fr/page/politique-de-confidentialite.html>

Vous pouvez exercer votre droit d'accès à vos informations personnelles en notre possession, les faire rectifier ou retirer votre consentement en nous contactant à l'adresse PrivacyOfficer@swgins.com. Si vous exercez votre droit de retirer votre consentement à la communication ou à l'utilisation des informations collectées nécessaires à la fourniture de certains produits ou services, cela empêchera le groupe d'assurance South Western de fournir ces produits ou services. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Groupe d'assurance South Western, veuillez communiquer avec son Responsable de la protection de la vie privée au 416-620-6604.

DÉCLARATION DE GARANTIE

Le soussigné garantit formellement qu'à sa connaissance, les déclarations faites dans la présente sont véridiques. Si les informations fournies dans la présente proposition devaient changer entre la date de la proposition et la date d'entrée en vigueur de la police, le soussigné garantit qu'il signalera immédiatement ces changements à l'assureur et que ce dernier pourra modifier ou retirer toute offre ou tout accord visant à lier ou à modifier l'assurance.

La signature de la présente proposition n'engage pas le soussigné à souscrire cette assurance, ni l'assureur à la compléter. Toutefois, si l'assureur contracte et émet une police, la présente proposition servira de base au contrat et sera jointe à la police, dont elle fera partie intégrante

RÉSIDENTS DU NOUVEAU-BRUNSWICK UNIQUEMENT :

Je confirme par la présente ma demande que le présent document et tout autre document et correspondance relatifs à la présente assurance soient rédigés en langue anglaise.

SIGNATURE

Signature:		Date (jj/mm/aaaa):
	(Représentant autorisé)	
Nom (en caractères d'imprimerie) :		Titre:

LISTE DE VÉRIFICATION PROPOSITION D'ASSURANCES:**Avez-vous également inclus:**

Avez-vous joint la copie la plus récente de vos états financiers vérifiés?	☐
Si vous avez besoin d'une assurance de biens, avez-vous rempli et signé la déclaration des valeurs ci-jointe?	☐
Avez-vous rempli les formulaires de gestion des risques requis?	☐
Avez-vous inclus des informations distinctes sur les réclamations, le cas échéant?	☐
Avez-vous dûment répondu à toutes les questions applicables et signé la demande?	☐

Formulaire de gestion des risques pour les établissements de soins continus/résidentiels

ÉVALUATION DES RÉSIDENTS	
Chaque résident est-il évalué lors de son admission dans l'établissement?	☐ Oui ☐ Non
Existe-t-il des protocoles pour les évaluations régulières des résidents?	☐ Oui ☐ Non
L'évaluation des nouveaux résidents inclut-elle l'évaluation du risque de suicide?	☐ Oui ☐ Non
Disposez-vous d'une stratégie de prévention ou de lutte contre le suicide?	☐ Oui ☐ Non
L'évaluation des nouveaux résidents comprend-elle une évaluation du risque de comportement violent?	☐ Oui ☐ Non
Tous les résidents ont-ils leur propre médecin traitant ? Si non, qui assume ce rôle?	☐ Oui ☐ Non
ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS	
Quel type de système d'administration des médicaments est utilisé dans votre établissement (par exemple, dose unitaire, plaquette thermoformée)?	
Employez-vous ou faites-vous appel à un pharmacien agréé pour superviser les services pharmaceutiques?	☐ Oui ☐ Non
Le régime pharmaceutique des résidents fait-il l'objet d'un examen régulier?	☐ Oui ☐ Non
Y a-t-il un système en place pour répertorier les erreurs de médication?	☐ Oui ☐ Non
PRÉVENTION DES CHUTES	
Avez-vous un programme de prévention des chutes?	☐ Oui ☐ Non
Les préventions contre les chutes sont-elles mises en œuvre en fonction du niveau de risque déterminé par l'évaluation?	☐ Oui ☐ Non
Comprend-il un outil d'évaluation permettant d'identifier les résidents présentant un risque de chute?	☐ Oui ☐ Non
Les chutes sont-elles surveillées et suivies afin d'identifier les tendances ou les problèmes?	☐ Oui ☐ Non
PRÉVENTION DE LA DÉSORIENTATION ET DE LA FUGUE	
Les risques d'errance et de fuite sont-ils évalués pour tous les résidents lors de leur admission?	☐ Oui ☐ Non
Des dispositifs de protection contre les fugues ou des mesures similaires sont-ils utilisés dans le cadre des pratiques de prévention des fugues?	☐ Oui ☐ Non
Les cages d'escalier et les sorties/entrées sont-elles équipées d'une alarme en permanence ou des capteurs électroniques spécifiques ont-ils été installés?	☐ Oui ☐ Non
SOINS DE LA PEAU ET PRÉVENTION DE LA DÉCUBITUS	
Existe-t-il des politiques et des procédures écrites pour la prévention et le traitement des lésions cutanées?	☐ Oui ☐ Non
Les résidents sont-ils évalués pour la fragilité de la peau et le risque de dégradation au moment de l'admission?	☐ Oui ☐ Non
Des évaluations de la peau sont-elles effectuées régulièrement?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous un spécialiste des soins des plaies?	☐ Oui ☐ Non
CONTRÔLE DES INFECTIONS	
Avez-vous d'un programme de prévention des infections ?	☐ Oui ☐ Non
La vaccination contre la grippe est-elle proposée chaque année aux résidents et au personnel?	☐ Oui ☐ Non
Existe-t-il un plan de gestion des épidémies?	☐ Oui ☐ Non
L'établissement dispose-t-il de protocoles d'hygiène des mains?	☐ Oui ☐ Non
Le personnel et les bénévoles reçoivent-ils une formation sur l'hygiène des mains?	☐ Oui ☐ Non
ABUS	
Fournissez-vous une formation sur la prévention des abus et la sensibilisation à tous les employés et bénévoles?	☐ Oui ☐ Non
PROCÉDURES D'INCENDIE ET D'URGENCE	
Les résidents sont-ils autorisés à fumer à l'intérieur du bâtiment?	☐ Oui ☐ Non
Si oui, les zones fumeurs sont-elles surveillées par un membre du personnel?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous un plan d'évacuation? Date du dernier exercice d'évacuation effectué :	☐ Oui ☐ Non
Effectuez-vous régulièrement des exercices d'incendie ? Nombre d'exercices par année :	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous effectué un exercice d'incendie avec le minimum de personnel que vous aurez en service?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous mis en place un plan de prévention des incendies et des formations sont-elles organisées?	☐ Oui ☐ Non
ENTRETIEN	
Engagez-vous des entrepreneurs indépendants et/ou travailleurs autonomes pour l'entretien des terrains?	☐ Oui ☐ Non
Si oui, décrivez-en les types :	
Si oui, un certificat d'assurance est-il obtenu de chaque entrepreneur indépendant et/ou travailleurs autonomes?	☐ Oui ☐ Non

Formulaire de gestion des risques de responsabilité médicale / erreurs et omissions

Le conseil d'administration dispose-t-il d'un processus formel de surveillance de la gestion des risques qui comprend la réception de rapports réguliers décrivant les activités et les résultats de la gestion des risques?	☐ Oui ☐ Non
Les rôles et responsabilités du ou des comités ou groupes qui coordonnent les fonctions de gestion des risques (p. ex. lutte contre les infections, santé et sécurité, morbidité et mortalité) ont-ils été explicitement énoncés?	☐ Oui ☐ Non
Les rôles et responsabilités du gestionnaire de risques (ou équivalent) sont-ils clairement définis?	☐ Oui ☐ Non
Les responsabilités des dirigeants hiérarchiques en matière de gestion des risques sont-elles clairement définies?	☐ Oui ☐ Non
Les procédures de déclaration des incidents (y compris les erreurs de médication) sont-elles documentées, diffusées et mises en œuvre dans l'ensemble de l'établissement de santé?	☐ Oui ☐ Non
Existe-t-il des procédures pour la compilation, l'achèvement, l'utilisation, le stockage et la récupération des dossiers des résidents (papier/électronique) et sont-elles régulièrement contrôlées?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous mis en place une procédure de gestion des plaintes?	☐ Oui ☐ Non
Les politiques, procédures, protocoles et directives sont-ils révisés au moins tous les trois ans et existe-t-il des systèmes pour leur diffusion auprès du personnel?	☐ Oui ☐ Non
L'établissement dispose-t-il d'une politique de communication qui identifie les principaux canaux de communication à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation?	☐ Oui ☐ Non
Existe-t-il des mécanismes formels pour la sélection, le recrutement, l'orientation et la gestion des performances de l'ensemble du personnel?	☐ Oui ☐ Non
Existe-t-il un programme officiel d'accréditation du personnel médical qui comprend l'accréditation initiale, la délimitation des privilèges et le renouvellement de l'accréditation?	☐ Oui ☐ Non
L'organisation dispose-t-elle de politiques écrites en matière de santé et de sécurité, d'incendie et de protection?	☐ Oui ☐ Non

NOTE : Une preuve de conformité peut être demandée.

SIGNATURE

Signature:		Date (jj/mm/aaaa):	
Nom (en caractères d'imprimerie) :		Titre:	

Formulaire de gestion des risques pour les services communautaires/sociaux

LES LIGNES D'ASSISTANCE TÉLÉPHONIQUE EN CAS DE CRISE (SI CELA NE S'APPLIQUE PAS, NE PAS REMPLIR CETTE SECTION)

Proposez-vous une ligne d'assistance téléphonique? Si oui, quels services sont fournis aux utilisateurs?	☐ Oui ☐ Non
Les volontaires travaillent-ils parfois sur la ligne d'urgence sans supervision?	☐ Oui ☐ Non
Fournissez-vous une formation aux travailleurs de votre ligne d'assistance téléphonique? Si oui, précisez :	☐ Oui ☐ Non
Fournissez-vous des instructions en matière de conseil de crise pour les situations de suicide ou de viol?	☐ Oui ☐ Non

FOYERS D'ACCUEIL POUR LES FEMMES ET LES SANS-ABRI (SI CE N'EST PAS LE CAS, NE REMPLISSEZ PAS CETTE SECTION)

La maison d'hébergement gère-t-elle un système de foyers sécurisés?	☐ Oui ☐ Non
Les sorties de secours sont-elles clairement indiquées et libres de tout obstacle?	☐ Oui ☐ Non
Le personnel du foyer est-il formé pour faire face à des personnes agressives?	☐ Oui ☐ Non
Votre organisation prend-elle la responsabilité de sécuriser les biens personnels d'un résident?	☐ Oui ☐ Non
Votre organisation dispose-t-elle d'un protocole et d'une procédure pour expulser un résident?	☐ Oui ☐ Non
Des trousse de premiers secours sont-elles placées dans tout le bâtiment?	☐ Oui ☐ Non
Les membres du personnel prennent-ils parfois des décisions concernant la garde des enfants d'une femme?	☐ Oui ☐ Non
Les membres du personnel sont-ils formés pour reconnaître qu'une femme battue a besoin d'une assistance médicale d'urgence?	☐ Oui ☐ Non
Si vous gérez un centre d'accueil pour femmes, gardez-vous l'emplacement secret et préservez-vous la confidentialité des clients?	☐ Oui ☐ Non

GARDE D'ENFANTS ET GARDERIES (SI NON APPLICABLE, NE PAS REMPLIR CETTE SECTION)

La garderie est-elle agréée par un organisme gouvernemental?	☐ Oui ☐ Non
Quelle est la tranche d'âge des enfants dont vous avez la charge?	☐ Oui ☐ Non
Obtenez-vous des instructions écrites des parents sur les problèmes allergiques ou médicaux?	☐ Oui ☐ Non
Est-ce que vous administrez les médicaments selon les instructions des parents?	☐ Oui ☐ Non
Tous les membres du personnel ont-ils reçu une formation aux premiers secours?	☐ Oui ☐ Non
Fournissez-vous des repas ou des collations?	☐ Oui ☐ Non
Y a-t-il des professionnels de la santé qui se rendent régulièrement dans votre établissement? Si oui, précisez :	☐ Oui ☐ Non
Emmenez-vous les enfants en excursion? Si oui, précisez le mode de transport :	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous une politique et un protocole en place pour les maladies ou les maladies transmissibles?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous un protocole et une procédure en place pour la réception et la récupération des enfants pour des personnes autres que les parents?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous une piscine ou la natation fait-elle partie de vos activités ou de vos excursions?	☐ Oui ☐ Non

ANALYSE DE L'EAU/SURVEILLANCE DE L'EAU (SI NON APPLICABLE, NE PAS REMPLIR CETTE SECTION)

Votre établissement de santé est-il responsable de l'analyse et de la surveillance de la distribution d'eau locale?	☐ Oui ☐ Non
Les échantillons d'eau sont-ils prélevés et envoyés directement à Santé Canada pour être analysés?	☐ Oui ☐ Non
Votre organisation effectue-t-elle les tests avec un laboratoire sur place?	☐ Oui ☐ Non
Votre établissement de soins de santé est-il responsable de la mise en œuvre de toute mesure corrective directement sur le système d'eau si des déficiences dans l'eau sont constatées?	☐ Oui ☐ Non

NOTE : Une preuve de conformité peut être demandée.

SIGNATURE

Signature:		Date (jj/mm/aaaa):	
Nom (en caractères d'imprimerie) :		Titre:	



soumissions@swgins.com

www.swgins.com/fr/

Sans frais: 1-800-843-3456

Liste d'emplacements

ANNEXE À L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE ET GÉNÉRALE		
Situation No.	Adresse situation	Propriétaire/Locateur
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

Déclaration des valeurs

Situation No.	Nom de l'établissement	Adresse	Occupation	Bâtiments	Contenu (y compris les améliorations locatives, la marchandise de l'assuré, les biens personnels appartenant à des tiers)	Perte de revenu Période d'indemnisation 12 mois 24 mois*	Revenu locatif brut	Valeur totale assurable (TIV)	Informations sur les hypothèques et les bénéficiaires de pertes (nom et adresse)
1.				\$	\$	\$	\$	\$	
2.				\$	\$	\$	\$	\$	
3.				\$	\$	\$	\$	\$	
4.				\$	\$	\$	\$	\$	
			TOTAL:	\$	\$	\$	\$	\$	

*Le revenu annuel déclaré doit être multiplié par 2

Frais supplémentaires (Standard \$500,000)	\$
--	----

Situation No.	PROTECTION				CONSTRUCTION							BRIS D'ÉQUIPEMENT		
	Système de gicleurs (O/N)	Alarme incendie et cambriolage (O/N) a) Surveillé b) Local c) Aucune	Borne d'incendie à moins de 500 pieds (O/N)	Distance de la caserne de pompiers (Km)	Nombre d'étages	Murs extérieurs a) Brique, béton, Pierre b) Charpente en bois c) Placage en brique (charpente en bois avec brique à l'extérieur) d) Autre (précisez)	Toit a) Bois b) Tôle d'acier c) Béton d) Autre (préciser)	Plancher a) Béton b) Bois c) Autre (précisez)	Superficie approximative en pieds carrés	Année de construction	Type de chauffage a) Eau chaude b) Gaz c) Huile d) Autre (précisez)	Climatisation (O/N)	Génératrice d'urgence (O/N)	Chaudière / réservoir de traitement nécessitant un certificat (O/N)
1.														
2.														
3.														
4.														

Toute rénovation récente ou si un bâtiment a plus de 35 ans, veuillez indiquer les dates et les détails des rénovations suivantes

Situation No.	Chauffage	Plomberie	Électricité	Toiture	Autres	Remarques
1.						
2.						
3.						
4.						

SIGNATURE

Je certifie par la présente que les valeurs indiquées dans le présent document représentent, à ma connaissance, le coût de remplacement des biens décrits qui doivent être assurés sur la base du coût de remplacement.

Signature:		Date (jj/mm/aaaa):	
Nom (en caractères d'imprimerie) :		Titre:	



soumissions@swgins.com

www.swgins.com/fr/

Sans frais: 1-800-843-3456

POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ

Groupe South Western s'engage à protéger la vie privée et la confidentialité de ses courtiers ainsi que les renseignements relatifs à leurs assurés. Afin de nous conformer à la loi sur la vie privée, nous avons élaboré cette politique de confidentialité. Tout renseignement personnel reconnaissable sur un assuré est considéré comme une information confidentielle et sera traitée conformément à cette politique de confidentialité.

CAS PARTICULIERS

Groupe South Western ne recueille, n'utilise ou ne dévoile de renseignements privés que dans les cas particuliers suivants :

- Offre et fourniture d'assurances ainsi que de produits et services connexes;
- Vérification de l'identité et de l'exactitude des renseignements avec l'aide d'organismes gouvernementaux, d'associations industrielles ou d'autres assureurs;
- Analyse, évaluation et assurance des risques avec prudence;
- Enquête et acquittement des réclamations;
- Détection et prévention de toute fraude ou activité illégale;
- Établissement de statistiques;
- Conformité aux lois ou aux demandes d'organismes d'application de la loi ou de réglementation.

Dans cette politique de confidentialité, nous nous référerons à la liste ci-dessus comme les « Cas particuliers ».

DIVULGATION À DES TIERS

Le Groupe d'Assurance South Western pourrait divulguer de l'information à propos de vous à de tierces compagnies, lorsque permis par la loi. Ces divulgations peuvent inclure celles que South Western juge nécessaires pour vous donner un service à la clientèle, prévenir de la fraude, effectuer des recherches ou pour se conformer à la loi. Les récipiendaires peuvent comprendre les compagnies sœur de la famille South Western, des représentants pour des réclamations, des fournisseurs de services, des compagnies de rapports de clients, des courtiers et agents d'assurance, des représentants de la loi, de la cour ou du gouvernement. Ces tiers peuvent divulguer ces informations à d'autres parties lorsque permis par la loi.

AVIS DE PRIVILÈGE & DE CONFIDENTIALITÉ – Messages électroniques

Courriel électronique et les télécopies et tous fichiers qui l'accompagneraient sont confidentiels et peuvent faire l'objet d'un privilège. Ils sont destinés uniquement à la personne ou à l'entité à qui ils sont adressés. Si vous avez reçu ce courriel par erreur, veuillez en avertir l'expéditeur immédiatement.

CONSENTEMENT

Groupe South Western s'attend à ce que ses courtiers et sociétés affiliées suivent les étapes suivantes afin de confirmer le consentement de leurs assurés à ses pratiques courantes et futures en matière de gestion des renseignements privés :

Le courtier a demandé expressément à un assuré des renseignements privés à seule fin de contracter une assurance ou un service ou produit connexe;

Le courtier a obtenu un consentement ou une confirmation explicite de l'assuré sous forme d'un document écrit, verbal ou par voie électronique;

Le consentement de l'assuré sollicité par nos sociétés affiliées ou courtiers correspond à un besoin bien défini;

Le courtier doit fournir à l'assuré une copie de sa politique de confidentialité et doit aviser South Western Group Groupe South Western de toute rétractation de ce consentement par un assuré;

Le courtier peut obtenir le consentement d'un assuré par le biais du représentant légal de l'assuré comme par exemple un tuteur légal, un agent ou une personne titulaire d'une procuration.

Si un assuré refuse de divulguer certains renseignements personnels, ou s'il retire son consentement, South Western Group Groupe South Western pourrait lui refuser l'octroi d'une police d'assurance.

LIMITATION DE LA CUEUILLETTE ET RÉTENTION D'INFORMATION PERSONNELLE

Le Groupe d'Assurance South Western va seulement recueillir, utiliser ou divulguer de l'information personnelle qui est nécessaire pour des mesures d'identification là où requis par la loi. Nous allons conserver l'information seulement pendant le temps nécessaire pour effectuer la tâche d'identification. South Western pourrait stocker certaines données dans des juridictions hors du Canada et pourrait partager de l'information avec des tierces compagnies qui sont situées à l'extérieur du Canada.

INTÉGRITÉ DES RENSEIGNEMENTS

Groupe South Western exige de ses courtiers de faire en sorte, en tout temps, que les renseignements personnels soient exacts, complets et à jour, tel que cela est stipulé dans les cas particuliers.

MESURES DE PROTECTION

Groupe South Western assurera la confidentialité des renseignements personnels à l'aide de mesures de protection correspondant au niveau de sensibilité des renseignements. Ces mesures varieront selon la sensibilité, le format, l'emplacement et le stockage des renseignements personnels.

RESPONSABILITÉ, TRANSPARENCE ET ACCÈS

Groupe South Western, assumant la responsabilité de tous les renseignements personnels qui lui sont confiés une "Agente de la protection de la vie privée" cette personne relève de la haute direction pour ce qui est de la conformité à la politique de confidentialité de South Western Group Groupe South Western.

Vous pouvez contacter notre agent la protection à PrivacyOfficer@swgins.com.

CONTESTATION DE CONFORMITÉ

Si un courtier n'est pas satisfait de la réponse de Groupe South Western à une demande ou une plainte relative à la confidentialité, il pourra contacter le bureau du Commissaire à la protection de la vie privée (Canada) durant les heures normales de travail au [1-800-282-1376](tel:1-800-282-1376) ou à l'adresse www.privcom.gc.ca.

Veuillez consulter la version complète et actualisée de la politique de confidentialité sur notre site web:
<https://swgins.com/fr/page/politique-de-confidentialite.html>