

SUPPLÉMENT SANTÉ / CARE SUPPLEMENT

1. Confirmation que tout le personnel non qualifié sur le plan médical est entièrement formé et approuvé par un médecin ou une infirmière qualifiée et apte à prodiguer des services de soins, après une période de surveillance, et s'efforcent d'obtenir les qualifications qu'ils ne détiennent pas déjà. / Confirmation that all non-medically qualified staff are fully trained and signed off as competent by an employed qualified medical practitioner/nurse as fully competent to provide care services, following a period of supervision and are all working towards their qualifications where they do not already hold. Confirmé / Confirmed
Détails, le cas échéant: / Details if any:
2. Confirmation que l'assuré fournit une formation complète sur le levage et l'élévation, les soins de la démence, les comportements difficiles, la santé et la sécurité, les blessures par piqûre d'aiguille, etc., ainsi qu'une formation continue sur ces sujets. / Confirmation that insured provides full training in lifting and hoisting, dementia care, challenging behaviour, H&S, needle stick injuries etc and regular refresher training on these subjects and evidence of attendance are kept and signed off in employees records. Confirmé / Confirmed
Détails, le cas échéant: / Details if any:
3. Confirmation que seules les infirmières et le personnel soignant compétent, expérimenté (niveau senior) appliquent toutes les procédures de soins, telles que l'alimentation par sonde, les soins par cathéter, etc. / Confirmation that only nurses and well trained, experienced (senior level) care staff undertake any nursing care procedures, such as peg feeding, catheter care, etc. Confirmé / Confirmed
Détails, le cas échéant: / Details if any:
4. Veuillez donner des détails complets sur toute gestion des risques mise en place (ou à mettre en place) en suivant les recommandations, exigences de vos inspecteurs en qualité, standards des soins. / Please give full details as to any risk management implemented (or to be implemented) following recommendations, requirements by your local quality, standard of care inspectors.

5. Veuillez indiquer comment vous gérez le manque de personnel afin de vous assurer que vous avez suffisamment d'employés pour gérer le nombre de soins et les besoins spécifiques des utilisateurs des services dans chaque foyer. / Please advise how you manage staff shortages to ensure that you have enough staff to manage the number of and specific care requirements of the service users at each home.

6. Veuillez confirmer que vous ne fournissez aucun service de soins aux personnes actuellement détenues en vertu de la loi sur la santé mentale ou ne gérez aucune unité à sécurité élevée. / Please confirm that you do not provide any care services to those who are currently detained under the Mental Health Act or operate any high secure units.
 Confirmé / Confirmed
Détails, le cas échéant: / Details if any:

7. Est-ce que certaines infirmières occupant des fonctions cliniciennes? / Do any of the employed nurses have any prescribing duties? Oui / Yes Non / No
Si Oui, veuillez détailler (ex.: combine, quels médicaments et la procédure de gestion des risques qui l'entoure, etc.) / If Yes please full details (e.g. how many, what drugs and the risk management procedure surrounding this etc)

8. Avez-vous pris en charge des prestataires de soins existants à la suite d'une mauvaise gestion, et veuillez indiquer comment vous avez transformé ces foyers afin de fournir des soins de qualité supérieure. / Have you taken over any existing care providers following poor management and please give feedback as to how you have turned these homes around to provide high standards of care.

9. Sur le plan de la gestion des foyers, quelles procédures de contrôle appliquez-vous sur l'expérience et les qualifications du responsable? Avez-vous des conditions préalables? / In terms of management of the homes, what checking procedures do you undertake on the experience and qualifications of the manager? Do you have prerequisite requirements?

10. Veuillez confirmer que tous les plans de soins sont rédigés et acceptés par un médecin généraliste qui détient sa propre couverture pour faute professionnelle, erreurs et omissions. / Confirmation that all care plans are written and agreed by a GP who holds their own malpractice, errors and omissions cover. Confirmé / Confirmed
Détails, le cas échéant: / Details if any:

11. Confirmation que tous les thérapeutes complémentaires (coiffeurs, podologues, massothérapeutes, etc.) détiennent leur propre couverture en tant qu'individus, sinon veuillez indiquer leur nombre et leurs rôles. / Confirmation that all complementary therapists (i.e. hairdressers, chiropodists, massage therapists etc) hold their own cover as individuals, if not please advise numbers and roles. Confirmé / Confirmed
Détails, le cas échéant: / Details if any:

Signature: _____

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