ELEMENTS D’APPRECIATION DES RISQUES – DAB – GRANDS RISQUES

IMPORTANT : Les réponses apportées au présent questionnaire reflètent la situation à la date de l’établissement du cahier des charges et ne présagent pas de la situation à venir. Elles ont pour but d’éclairer l’assureur sur les risques présentés par le souscripteur et en faciliter l’appréciation. L’assureur pourra demander chaque année au souscripteur l’actualisation du présent questionnaire à sa seule diligence.

*Vous pouvez directement saisir vos réponses en cliquant sur les cases appropriées*

**NOM du souscripteur :**   **Centre hospitalier de MONTVAL SUR LOIR**

N° SIREN : 267201051

Adresse administrative : 5 allée saint martin, 72500 MONTVAL SUR LOIR

Interlocuteur : C Baune, Adjoint au responsable technique: [cbaune@ch-chateauduloir.fr](mailto:cbaune@ch-chateauduloir.fr) ou

C. TOUBLANC DANGER, référente achats: [ctoublancdanger@ch-chateauduloir.fr](mailto:ctoublancdanger@ch-chateauduloir.fr)

|  |  |
| --- | --- |
| GARANTIES DOMMAGES AUX BIENS – « GRANDS RISQUES » | |
| **x** | Cuisine centrale > 500 m² |
|  | Chaufferies > 500 m² |
|  | Blanchisserie > 500 m² |
|  | Production d’énergie : électricité / gaz / photovoltaïques > 500 m² |
|  | Parkings souterrains > 20 000 m² |
|  | Centre technique (entretien de véhicules notamment) > 500 m² |
|  | Ateliers relais, bâtiments industriels, activité commerciale > 500 m² |

*Remplir un questionnaire par bâtiment concerné*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DESIGNATION DU RISQUE : | | | |  | |
| Adresse du risque | | | | 5 allée saint martin 72500 MONTVAL SUR LOIR | |
| Quelle est l'activité exercée à l'intérieur des locaux ? | | | | Service restauration: préparation des repas et stockage des denrées alimentaires | |
| Superficie développée du bâtiment | | | | 522m2 | |
| Nombre maximum de niveau | | | | 1 | |
| Valeur du bâtiment (si connue) | | | |  | |
| Valeur du mobilier, contenu, marchandises (si connue) | | | |  | |
| Coordonnées GPS du site : | | | | **Géographique degré décimaux** **X**: 47.700001 **Y**: 0.41667  **DMS** **X**: 47° 42' 0" **Y**: 0° 25' 0.01"  **UTM** (en mètres) Zone 31T **X**: 306187 **Y**: 5286190 | |
| ***Joindre plan*** | | | | | |
| L’établissement est-il propriétaire des locaux ? | | | | | **X OUI /  NON** |
| L’établissement est-il copropriétaire des locaux ? | | | | | **OUI / x NON** |
| Si oui, désignation du ou des autres copropriétaires et activités exercées : | | | | | |
|  | | | | | |
| L’établissement est-il locataire des locaux ? | | | | | **OUI /  NON** |
| L’établissement est-il partiel des locaux ? | | | | | **OUI /  NON** |
| Si oui, désignation du ou des autres locataires et activités exercées : | | | | | |
|  | | | | | |
| 1 – EXERCICE DE L’ACTIVITE | | | | | |
| L’établissement est-il exploitant de l’activité ? | | | | | **X OUI /  NON** |
| Si non, identification de l’exploitant | | |  | | |
| Si la l’établissement n’est pas exploitant, existe-t-il une convention avec l’exploitant ?  *Si oui,* ***joindre la convention*** | | | | | **OUI /  NON** |
| 2 - SITUATION DES RENONCIATIONS A RECOURS | | | | | |
| Si l’établissement est locataire : a-t-il renoncé à recours contre le propriétaire ? | | | | | **OUI /  NON** |
| ***Si oui, joindre la convention*** | | | | | |
| Si l’établissement est locataire : a-t-il renoncé à recours contre le(s) locataires (s) ? | | | | | **OUI /  NON** |
| ***Si oui, joindre la convention*** | | | | | |
| Y a-t-il eu d’autres renonciations à recours ? | | | | | **OUI /  NON** |
| ***Si oui, joindre la convention*** | | | | | |
| 3 – ENVIRONNEMENT DU RISQUE | | | | | |
| Le bâtiment est-il dans un site composé de plusieurs bâtiments ? | | | | | **X OUI /  NON** |
| Si oui, combien ? | | | | | **4** |
| Distance entre les bâtiments | | | | | **25m entre chaque** |
| Existe- t-il des entreprises situées à proximité | | | | | **OUI / x NON** |
| Si oui quelle est la nature des activités exercées : | | | | | |
|  | | | | | |
| Sous la même toiture ? | | | | | **OUI /  NON** |
| Contigu avec communication ? | | | | | **OUI /  NON** |
| Contigu sans communication ? | | | | | **OUI /  NON** |
| Séparé ? | | | | | **OUI /  NON** |
| Si oui, la distance est-elle supérieure à 15 mètres | | | | | **OUI /  NON** |
| Présence d’habitations ? | **X OUI /  NON** | | | Distance : | **50m** |
| S’agit-il d’une zone urbaine dite « sensible » ou classée comme telle ? | | | | | **OUI / x NON** |
| Site en zone inondable : | | | | | **OUI / x NON** |
| Si oui préciser intensité du risque : | | | |  | |
| 4 – NATURE DES BATIMENTS ET STRUCTURES | | | | | |
| **4.1 - Bâtiments** | | | | | |
| Date de construction : | | | | **1967, avec restructuration en 2006** | |
| Ossature du bâtiment nature des matériaux en % : | | | | **100% béton** | |
| Nature des planchers : | | | | **béton** | |
| Nombre de niveaux du bâtiment :  *(en comptant le rez de chaussée)* | | | | **1** | |
| Nature de la couverture : | | | | **Toit terrasse** | |
| Présence d’amiante (si oui détailler) : | | | | **non** | |
| Présence de panneaux « sandwichs » : | | | | | **OUI / x NON** |
| Si oui détailler : | | | |  | |
| Présence de zones ATEX : | | | | | **OUI / x NON** |
| Si OUI, sont-elles définies (type de zone et volume de l’ATEX) et signalisées ? | | | |  | |
| **4.2 – Aménagements spécifiques** | | | | | |
| Panneaux solaires | | **OUI / x NON** | | Appartenant au souscripteur (si oui questionnaire spécifique à compléter) | **OUI /  NON** |
| Superficie ? | | | |  | |
| Puissance en KW ? | | | |  | |
| Date et coût de l'installation ? | | | |  | |
| Equipements spécifiques en extérieur (poste carburant, bascule…) ? | | | |  | |
| 5 - CHAUFFAGE | | | | | |
| Le chauffage est-il installé dans un local spécial (intérieur ou extérieur des locaux) | | | | | **X OUI /  NON** |
| Si oui à l’intérieur ou à l’extérieur des locaux : | | | | **intérieur** | |
| Présence d’amiante (à la connaissance du déclarant) | | | | | **OUI / x NON** |
| Si oui détailler : | | | |  | |
| Année d'installation du chauffage : | | | | **2006** | |
| Mode de chauffage : (aérothermes, chaudière, pompe à chaleur, panneaux radiants…) | | | | **Chaudière** | |
| Source d'énergie : (gaz, fioul, électricité, bois…) | | | | **Gaz** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6 – INSTALLATIONS ELECTRIQUES | | |
| Le contrôle annuel est-il fait par un vérificateur agréé ? | | **X OUI /  NON** |
| Délivrance d’un certificat APSAD Q18 (contrôle des installations électriques) | | **X OUI /  NON** |
| Point sur présence et levée des anomalies détectées lors de la dernière visite |  | |
| Le contrôle annuel de thermographie est-il fait par un vérificateur agréé ? | | **X OUI /  NON** |
| Délivrance d’un certificat APSAD Q19 (thermographie infrarouge) | | **X OUI /  NON** |
| Point sur présence et levée des anomalies détectées lors de la dernière visite |  | |
| 7 – LES PRATIQUES INTERNES EN MATIERE DE SECURITE OU DE PREVENTION | | |
| **7.1 – Protection et prévention des incendie** | | |
| Présence d’extincteurs mobiles ? | | **X OUI /  NON** |
| Présence de robinets d’incendie armés ? | | **OUI / x NON** |
| Présence d’un système d’extinction automatique (sprinklers) ? | | **OUI / x NON** |
| Si oui, date de l’installation | |  |
| Présence d’un système de détection automatique incendie ? | | **X OUI /  NON** |
| Si oui, date de l’installation | | **2006** |
| Report de l’alarme (astreinte, société de gardiennage, télésurveillance…) | | **X OUI /  NON** |
| Les locaux sont-ils soumis à une interdiction de fumer ? | | **X OUI /  NON** |
| Présence d’un chargé de sécurité incendie agrée INSSI (Institut National Supérieur de la Sécurité Incendie) ? | | **OUI / x NON** |
| Abonnement « prévention conseil incendie » ? | | **OUI / x NON** |
| Présence d’exutoires à fumées et à chaleur ? | | **X OUI /  NON** |
| Les moyens de premiers secours, les systèmes de détection automatique et de désenfumage sont-ils vérifiés régulièrement par une société agréée ? | | **X OUI /  NON** |
| Présence de moyens de secours extérieurs (bouche d’incendie, distance et nombre) | | **OUI / x NON** |
| Un plan ETARE (Etablissement Répertorié par les services de secours) est-il en place | | **X OUI /  NON** |
| Délai d'intervention des pompiers : | | **10 minutes** |
| Les locaux sont-ils nettoyés quotidiennement ? | | **X OUI /  NON** |
| Stockez-vous des liquides inflammables ? | | **X OUI /  NON** |
| Nature et volume : | | **Huile, 20L** |
| Mode de stockage des liquides inflammables : | | **Bac de rétention** |
| Nature des déchets : | | **Huile alimentaire** |
| Mode de stockage : local dédié, containers extérieurs…? | | **Local poubelle extérieur** |
| Contrôle et colmatage des interstices pour étanchéité du compartimentage ? | | **OUI / x NON** |
| Présence d’un parafoudre ? | | **OUI / x NON** |
| Présence d’un paratonnerre ? | | **OUI / x NON** |
| **7.2 – Organisation interne de la sécurité** | | |
| Les consignes de sécurité sont-elles affichées ? | | **X OUI /  NON** |
| Formation du personnel en matière d'incendie (évacuation, manipulation des moyens de premier secours) | | **X OUI /  NON** |
| Il y a-t-il un affichage des plans d'évacuation ? | | **X OUI /  NON** |
| Y a-t-il un plan d’organisation interne ? | | **X OUI /  NON** |
| Y a-t-il un plan de gestion de crise ? | | **X OUI /  NON** |
| Y a-t-il un service d’astreinte pour incidents techniques ? | | **X OUI /  NON** |
| Existe-t-il une procédure de type permis de feu dans le cas de travaux par point chaud ? | | **X OUI /  NON** |
| La procédure permis de feu intègre-t-elle la surveillance post-travaux de 2 heures minimum ? | | **X OUI /  NON** |
| La surveillance des travaux par points chauds intégre t-elle le recours à une caméra thermique ? | | **OUI / x NON** |

|  |  |
| --- | --- |
| 8 – LUTTE CONTRE LES RISQUES LIES A LA MALVEILLANCE | |
| Les locaux sont-ils équipés d’un système de détection/intrusion ? | **OUI / x NON** |
| Le système de détection prévoit-il une transmission à distance de l'alerte ? | **OUI / x NON** |
| L'installation a-t-elle été réalisée selon les règles APSAD ? (Voir certificat d'installation) | **OUI / x NON** |
| Les locaux sont-ils équipés d’un système de télésurveillance ? | **OUI / x NON** |

|  |  |
| --- | --- |
| 9 – SINISTRALITE | |
| Le bâtiment concerné a t'il fait l'objet de sinistres > 15 000 € sur les 3 dernières années : | **OUI / x NON** |
| Détailler sinistres > 15 000 € | |
|  | |
|  | |
|  | |