

Questionnaire Assurances

Parc Automobile

Nom de l'Etablissement :	EHPAD LARRAZKENA		
Adresse :	290 route des missionnaires 64240 HASPARREN		
Téléphone :	05.59.70.28.28	Courriel :	maison.retraite.hasparren@orange.fr
N° SIRET :	26640555400012		

Nom du Responsable des Assurances : Karine LARRIBAU			
Téléphone :	05.59.70.28.28	Courriel :	comptabilite.larrazkena@orange.fr
Nom du Responsable du Parc Automobiles : Txomin IGLESIAS			
Téléphone :	05.59.70.28.28	Courriel :	technique.hasparren@orange.fr

Le contrat d'assurance de **Flotte Automobile et Risques Annexes** sera établi sur la base déclarative du présent questionnaire complété par l'Etablissement. Chaque **assureur peut demander toutes précisions ou renseignements complémentaires qu'il désire.**

LES VÉHICULES

Le tableau intitulé « **Parc Automobile** » doit **être complété**. Il est conseillé de joindre également les photocopies des cartes grises dès lors que le parc automobile ne dépasse pas 10 véhicules.

IMPORTANT :

Ne pas oublier les fauteuils électriques, les tondeuses autoportées, les remorques (+ de 750 kg) et tout autre engin soumis à l'obligation d'assurance. Pour ces matériels soumis à l'obligatoire d'assurance mais sans carte grise indiquer dans le tableau « Parc Automobile » la marque, le prix d'achat, la puissance ou le tonnage et l'année d'acquisition.

Pour les Engins et les Poids Lourds il convient d'indiquer **le prix d'achat T.T.C. et le P.T.A.C.**

VÉHICULES AMENAGES ET/OU PARTICULIERS

N.B. : Certains Assureurs demandent le prix des équipements rajoutés sur le châssis de base du véhicule.

EXEMPLE : Véhicule équipé d'une caisse frigo (prix facturé de cet équipement supplémentaire).

AUTRE EXEMPLE : Utilitaire équipée d'une benne amovible (Bras de levage plus la benne).

AUTRE EXEMPLE : Véhicule de transport de résidents : coût des aménagements supplémentaires (rampe hydraulique d'accès).

Merci de préciser :

Marque et immatriculation du Véhicule Concerné	Prix d'achat TOTAL du véhicule	Prix des aménagements supplémentaires

LES MARCHANDISES ET/OU MATÉRIELS TRANSPORTÉS

	OUI	NON
Certains des véhicules de l'Établissement transportent-ils des marchandises et/ou du matériels ? (Fauteuils roulants des résidents, chariots repas, armoires de médicaments ou de linge, Rolls caddy, contenu véhicules tondeuses, matériels divers etc...).		X

Préciser le montant lorsque celui-ci est SUPERIEUR à 2 500 € :

Marque et immatriculation du Véhicule Concerné	Désignation du matériel à assurer	Valeur Totale

AUTO- MISSION

	OUI	NON
L'Établissement souhaite-t-il souscrire pour le compte des agents la garantie Auto-Mission ? Il s'agit de l'assurance des véhicules des Agents qui utilisent leur véhicule personnel pour les besoins du service ou dans le cadre d'une mission précise (un ordre de mission signé est OBLIGATOIRE). Oui a priori mais à déterminer	X	

Si OUI préciser le nombre de kilomètres annuel parcourus par l'ensemble de vos agents :

<input checked="" type="checkbox"/> 4.999 Km/an	<input type="checkbox"/> 10 000 Km/an	<input type="checkbox"/> 15 000 Km/an	<input type="checkbox"/> PLUS _____ Km/an
--	---------------------------------------	---------------------------------------	---

CONTRATS EN COURS

Durant les **quatre dernières années**, l'Etablissement a-t-il été titulaire d'un contrat d'assurance :

	OUI	NON
FLOTTE AUTOMOBILE	X	
Nom de l'Assureur : MAAF		
Franchise en Dommages		200 €
Franchise en Vol et Incendie		200 €
Franchise en Bris de Glaces		NEANT

	OUI	NON
AUTO MISSION		X
Nom de l'Assureur :		
Franchise par sinistre		€

	OUI	NON
MATÉRIELS MARCHANDISES TRANSPORTÉS		X
Nom de l'Assureur :		
Franchise par sinistre		€

Fait à

Le