

Questionnaire Assurances

Responsabilité Civile, Dommages aux Biens, Protection Juridique et Accident Corporel

Nom de l'Établissement :	EHPAD JEAN DITHURBIDE		
Adresse :	325 LARRUNGO BIDEA		
Téléphone :	05.59.54.21.59	Courriel :	scohort@ch-cotebasque.fr
N° SIRET :	266 405 539 000 13		

Nom du Responsable des Assurances :	Valérie VERNOUX		
Téléphone :	05.59.54.21.59	Courriel :	v.vernoux@ehpadjdithurbide.fr

Les contrats d'assurance de **Responsabilité Civile et Risques Annexes, de Dommages aux Biens et Risques Annexes, d'Accidents Corporels et de Protection Juridique** seront établis sur la base déclarative du présent questionnaire complété par l'Établissement. Chaque assureur peut demander toutes précisions ou renseignements complémentaires qu'il désire.

ÉLÉMENTS A JOINDRE AU PRÉSENT QUESTIONNAIRE

POUR LE CONTRAT RESPONSABILITÉ CIVILE :

Statistiques Sinistres sur les 4 dernières années fournies par l'assureur
Conditions Particulières et avenants du contrat en cours : **envoyé par @ à M. PISLOR**

POUR LE CONTRAT PROTECTION JURIDIQUE :

Statistiques Sinistres sur les 4 dernières années fournies par l'assureur
Conditions Particulières et avenants du contrat en cours : **envoyé par @ à M. PISLOR**

POUR LE CONTRAT ACCIDENTS CORPORELS :

Statistiques Sinistres sur les 4 dernières années fournies par l'assureur
Conditions Particulières et avenants du contrat en cours : **envoyé par @ à M. PISLOR**

POUR LE CONTRAT DOMMAGES AUX BIENS :

Statistiques Sinistres sur les 4 dernières années fournies par l'assureur
Conditions Particulières et avenants du contrat en cours : **envoyé par @ à M. PISLOR**
Plan(s) de Masse : **remis en main propre à M. PISLOR**
Rapport(s) de La Commission de Sécurité : **remis en main propre à M. PISLOR**

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

ACTIVITÉS	Nb de LITS	OUI	NON	ACTIVITES	Nb de LITS	OUI	NON
MEDECINE			X	Radiologie (dentaire)			X
E.H.P.A.D.	98	X		Hébergement Temporaire			X
Accueil de Jour			X	Unité Alzheimer	14	X	
SSIAD			X	Autres : Préciser			X
SSR			X	Autres : Préciser			X

Nombre de Lits : 112 dont 1 Accueil temporaire

Nombre de Places : 0

ÉTAT PRÉVISIONNEL DES RECETTES ET DES DÉPENSES

Budget validé du dernier exercice. Indiquez l'année de référence : 2024	
E.P.R.D.	
EHPAD	6 974 136,55 €
À DEDUIRE (si concerné)	
Compte 78 – Reprises sur amortissement et provisions :	€
TOTAL BUDGET PRINCIPAL :	6 974 136,55 €
BUDGETS ANNEXES	
Dotation Non Affectée (D.N.A.) :	€
Autre Budget (Préciser) :	€
TOTAL BUDGETS ANNEXES	€
TOTAL BUDGET PRINCIPAL (déduction faite du compte 78) + BUDGETS ANNEXES	6 974 136,55 €

EFFECTIF

Effectif TOTAL de l'Établissement y compris médecins (en personne physique) au 31/12/2024 : 106 Personnes
Nombre de Membres du Conseil d'Administration : 8
Nombre de Médecins ou de Coordinateur salariés : 1 Si oui E.T.P. : 0.40
Masse salariale (toute personne collaborant au fonctionnement de l'Établissement et qui perçoit une rémunération) <u>Hors Charges Patronales</u> : 3.388.362,43 €

AUTRES RESPONSABILITÉS

Dans le cadre de ses activités d'Établissement Public, l'Établissement **doit-il garantir la Responsabilité Civile personnelle** des personnes ou des activités suivantes :

	OUI	NON	Nb de Personnes
Résidents en E.H.P.A.D :	X		112
Résidents en Foyer Logement		X	
Adultes handicapés		X	
Autres catégories de personnes : Préciser :		X	

ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS

Dans le cadre du nouveau marché, l'Établissement **souhaite-t-il souscrire pour le compte des personnes désignées ci-dessous une garantie ACCIDENTS CORPORELS ?**

N.B. : Cette assurance propose une garantie Décès, Invalidité et Frais de Soins à hauteur des frais réels. A ne pas confondre avec l'Assurance des Prestations Statutaires.

Si OUI, merci de préciser le nombre de personnes à assurer et par catégorie.

	OUI	NON	Nombre de Personnes
Membres du Conseil d'Administration :		X	8
Autres : Préciser :			
Autres : Préciser :			

AVIS DE LA COMMISSION DE SÉCURITÉ

	OUI	NON
Existe-t-il un ou plusieurs bâtiments ayant reçu un AVIS DEFAVORABLE suite à la dernière visite de la Commission de Sécurité <u>Joindre la copie du DERNIER avis de la commission de sécurité (OBLIGATOIRE) donné en main propre à M. Pilsor par N Etcheverry</u>		X
Si réponse affirmative, préciser les dispositions prises par l'Établissement pour diminuer voire éliminer le risque :		

ÉTAT DU PATRIMOINE IMMOBILIER

Surface développée totale du ou des bâtiments à assurer : **5.228 M2**

*On entend par surface développée, la surface au sol de chaque bâtiment calculé à l'extérieur des murs et multiplié par le nombre de niveaux, exception faite des parties en sous-sols ou les greniers non utilisés qui doivent être comptés pour moitié de leur superficie. **Merçi de joindre votre plan de Masse***

LES BÂTIMENTS

	Site Principal	Autre Site	Autre Site	Dotation Non Affectée
Adresse	325 Larrungo Bidea 64310 SARE			
Affectation (hébergement, administratif, atelier, logement de fonction...)				
Surface développée	5.228 M2	M2	M2	M2
Année de construction	2012			
Type de plancher (bois, béton, dalle...)	BETON			
Nombre de niveaux	4			

	OUI	NON
<p>Avez-vous un bâtiment ou partie de bâtiment classé ou inscrit à l'inventaire des monuments historique ? Si OUI : joindre justificatif</p> <p>Si oui lequel ? : _____ Quelle est sa surface ? : _____</p> <p>Adresse du ou des bâtiments : _____</p>		X
<p>L'établissement est-il propriétaire ou détenteur d'Objets de Valeurs Particuliers ?</p> <p>(Objets d'antiquité (poteries), des objets précieux (bijoux et objet en métaux précieux) les objets d'art (tableaux, peintures, dessins, gravures, estampes et lithographies, productions de l'art statuaire et de la sculpture en toutes matières, tapisseries, livres de collection) ... appartenant à l'Établissement ou placés sous sa garde.</p> <p>Valeur à assurer : _____ € ou Valeur à dire d'Expert _____ €</p>		X
<p>Avez-vous des bâtiments désaffectés, inoccupé ou destinés à la démolition ?</p> <p>Si oui préciser la nature (désaffectés ou inoccupé ou destinés à la démolition) ? : _____</p> <p>De quel(s) bâtiment(s) s'agit-il ? : _____</p> <p>Adresse du ou des bâtiments : _____</p> <p>Quels sont les mesures de précaution contre le SQUAT ? (Ex : portes fermées à clef, fenêtres munies de volets ou de barreaux, société de gardiennage, surveillance régulière) : _____</p>		X

L'Établissement est-il en Zone Inondable ? Préciser le ou les bâtiments exposés aux inondations : Préciser également si des dispositions ont été prises pour limiter ce risque ?		X
Avez-vous été victimes de sinistres de CATASTROPHES NATURELLES ? Si oui : Préciser les dates de survenance :		X
Avez-vous des bâtiments au titre de votre Dotation Non affectée ? Si OUI : Superficie des bâtiments relevant de votre D.N.A. : _____ M2 Adresse du site : Nature de cette Dotation Non Affectée (DNA) : Château – Ferme agricole – Maison Individuelle – Prairies – Bois. Autre : Préciser : _____		X

	OUI	NON
Avez-vous des Véranda, Serres de Jardin ? Si OUI : Superficie : _____ M2		X
L'Établissement possède-t-il des Panneaux Photovoltaïques ? Si OUI : Superficie des panneaux photovoltaïques : _____ M2		X
L'Établissement dispose-t-il de chapiteaux ou de structures légères (tente, barnum...) ?		X
L'Établissement dispose-t-il d'une Laverie - Lingerie (sous détection incendie) ? Si OUI : Superficie : 93 M2 120 Kg / Jour Préciser son implantation : Intra-muros	X	

PRÉVENTION DES RISQUES

	OUI	NON
L'Établissement dispose-t-il d'Agents qualifiés S.S.I.A.P. ? Si OUI : Préciser le nombre d'Agents concernés : S.S.I.A.P. 1 : Nombre ____ - S.S.I.A.P. 2 : Nombre ____ - S.S.I.A.P. 3 : ____		X
Nombre d'agents de l'Établissement ayant la qualité de « sapeurs-pompiers volontaires » ? (NB : ce renseignement permet de bénéficier de l'abattement tarifaire prévu par l'article 9 de la loi N°96-370 du 3 mai 1996).	Nombre d'Agents 0	
Nombre d'Agents techniques d'astreinte dans l'Établissement (nuit, week-end) ?	0 Agents	

Quelle est la valeur à assurer au titre du contenu des Chambres Froides ? Ne pas oublier de cumuler la valeur des denrées alimentaires et des médicaments (vaccins).	5.000 € (M. Pisor)	
Existe-t-il un report d'alarme sur un poste de surveillance pour les chambres froides ?		X
Un Permis de Feu est-il établi au sein de l'Établissement ? Le PERMIS DE FEU est un Plan de Prévention écrit pour chaque travail par points chauds (coupage, meulage, soudage...). Il doit être établi par l'Entreprise et doit être signé par la personne commandant les travaux, le représentant qualifié du Chef d'entreprise, par la personne chargée de veiller à la sécurité et par l'opérateur.	X	
Existe-t-il un report d'alarme Incendie sur un poste de surveillance permanent 24h/24h pour le S.S.I. ?	X	
L'interdiction de fumer est-elle bien appliquée ? NC dans les chambres	X	
Votre personnel est-il régulièrement formé à la lutte contre les Incendies ?	X	
L'Établissement est-il répertorié à la Brigade des Sapeur-Pompier ? (Les pompiers ont-ils les plans du ou des bâtiments)	X	
Distance de la Brigade des Sapeurs-Pompiers la plus proche :	8.6 Kms	
L'Établissement dispose-t-il de moyens de prévention contre le VOL ?		X
Alarme particulière ? Préciser le site concerné		X
Vidéosurveillance ? Préciser le site concerné		X

CONTRATS EN COURS

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

	OUI	NON
RESPONSABILITE CIVILE	x	
Nom de l'Assureur : RELYENS		
Franchise en Dommages CORPORELS		€
Franchise en Dommages MATERIELS		€

Durant les quatre dernières années, l'Établissement a-t-il été titulaire d'un contrat d'assurance ?

	OUI	NON
PROTECTION JURIDIQUE	X	
Nom de l'Assureur : RELYENS		
Seuil d'intervention (Franchise) par sinistre pour les Agents		€
Seuil d'intervention (Franchise) par sinistre pour l'Établissement		€

Durant les quatre dernières années, l'Établissement a-t-il été titulaire d'un contrat d'assurance ?

	OUI	NON
ACCIDENTS CORPORELS	X	
Nom de l'Assureur : RELYENS		

Durant les quatre dernières années, l'Établissement a-t-il été titulaire d'un contrat d'assurance ?

	OUI	NON
DOMMAGES AUX BIENS	X	
Nom de l'Assureur : GROUPAMA		
Franchise par sinistre :		€
Autres Franchises :		Légales

	OUI	NON
BRIS DE MACHINES ET TOUS RISQUES INFORMATIQUES		X
Nom de l'Assureur :		
Franchise par sinistre :		€

	OUI	NON
PERTES D'EXPLOITATION		X
Nom de l'Assureur :		
Franchise par sinistre :		Jours
Franchise au titre des Frais Supplémentaires :		Jours

Fait à Sare, le 20/02/2025
S. Cohort



E.H.P.A.D Jean Dithurbide
325 Larrungo Bidea
64310 SARE
Tél. 05 59 54 21 29
Fax 05 59 47 50 01
E-mail : direction@ehpadjithurbide.fr

