

Questionnaire Assurances

Flotte Automobile pour les Établissements Publics de Santé

Nom de l'Etablissement :	CENTRE HOSPITALIER DE LA COTE BASQUE		
Adresse :	13 AVENUE DE L'Interne Jacques Loeb 64100 BAYONNE		
Téléphone :	05-59-44-35-35	Courriel :	services.economiques@ch-cotebasque.fr
N° SIRET :			

Nom du Responsable des Assurances :	Mr Daniel LESPADÉ		
Téléphone :	05-59-44-39-92	Courriel :	services.economiques@ch-cotebasque.fr
Nom du Responsable du Parc Automobiles :	Mr ENEKO SARRATIA		
Téléphone :	05-59-44-41-00	Courriel :	esarratia@ch-cotebasque.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, et dès lors, il reconnaît avoir une connaissance suffisante du risque à garantir.**

ÉLÉMENTS A JOINDRE AU PRÉSENT QUESTIONNAIRE

Statistiques Sinistres sur les 4 dernières années fournies par l'assureur

État de votre parc automobile (tableau Excel)

Copies Cartes Grises (Inférieur ou égal à 10 véhicules)

Contrat de Location ou de Crédit-bail

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 : Pour un véhicule SAMU : merci de communiquer le montant distinct du prix du véhicule des aménagements rajoutés sur le véhicule de base.

AUTRE 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
MAN TGL FS482FZ	78 000 €	5 000 €
NISSAN NT500 DR027FT	65 500 €	5 000 €
RENAULT TRAFIC DS207WM	40 000 €	6 000 €
RENAULT TRAFIC BC294EE	40 000 €	6 000 €
RENAULT MASTER 8068WR64	10 000 €	6 000 €
RENAULT MASTER CF634CL	40 000 €	6 000 €
RENAULT MASTER GB366PW	40 000 €	6 000 €

LES MARCHANDISES ET/OU MATÉRIELS TRANSPORTÉS

	OUI	NON
Certains des véhicules de l'Établissement transportent-ils des marchandises et/ou du matériels ? (Matériels SMUR, 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
FY 272 XB	Matériel SAMU (scope....)	50 000 €
GJ 647 CY	Matériel SAMU (scope....)	50 000 €
GX 887 YK	Matériel SAMU (scope....)	50 000 €
HA 438 YW	Matériel SAMU (scope....)	50 000 €
CF 634 CL	Chariot Repas / Régéthermie (idem pour armoires à linge, armoires à pharmacie, max 2 à la fois, roll)	2 x 10 000 €
EY 945 NZ	Fauteuil roulant	1 500 €

AUTO- MISSION

	OUI	NON
L'Etablissement 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).	X	

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

<input type="checkbox"/> 4.999 Km/an	<input type="checkbox"/> 10 000 Km/an	<input type="checkbox"/> 15 000 Km/an	<input checked="" type="checkbox"/> PLUS <u>300 000</u> 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 : GROUPAMA		
Franchise en Dommages		250 €
Franchise en Vol et Incendie		€
Franchise en Bris de Glaces		€

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

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

Fait à Bayonne

Le 18/03/2025



Ne pas modifier le fichier en format PDF

