

## Questionnaire Assurances

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

Nom de l'Établissement :	<b>EHPAD LARRAZKENA</b>		
Adresse :	290 route des missionnaires 64240 HASPARREN		
Téléphone :	<b>05.59.70.28.28</b>	Courriel :	<a href="mailto:maison.retraite.hasparren@orange.fr">maison.retraite.hasparren@orange.fr</a>
N° SIRET :	<b>26640555400012</b>		

Nom du Responsable des Assurances : Karine LARRIBAU			
Téléphone :	<b>05.59.70.28.28</b>	Courriel :	<a href="mailto:comptabilite.larrazkena@orange.fr">comptabilite.larrazkena@orange.fr</a>

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.**

### ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

ACTIVITÉS	Nb de LITS	OUI	NON	ACTIVITES	Nb de LITS	OUI	NON
MEDECINE				Radiologie (dentaire)			
E.H.P.A.D.	92			Hébergement Temporaire			
Accueil de Jour				Unité Alzheimer			
SSIAD				Autres : Préciser			
SSR				Autres : Préciser			

**Nombre de Lits :****92****Nombre de Places :**

## **ÉTAT PRÉVISIONNEL DES RECETTES ET DES DÉPENSES**

Budget validé du dernier exercice. Indiquez l'année de référence : 2024	
<b>E.P.R.D.</b>	
MEDECINE-EHPAD-SSR...	4 817 965,78 €
<b>À DEDUIRE (si concerné)</b>	
Compte 78 – Reprises sur amortissement et provisions :	€
<b>TOTAL BUDGET PRINCIPAL :</b>	<b>4 817 965,78 €</b>
<b>BUDGETS ANNEXES</b>	
Dotation Non Affectée (D.N.A.) :	€
<b>Autre Budget (Préciser) :</b>	€
<b>TOTAL BUDGETS ANNEXES</b>	<b>€</b>
<b>TOTAL BUDGET PRINCIPAL (déduction faite du compte 78) + BUDGETS ANNEXES</b>	<b>4 817 965,78 €</b>

## **EFFECTIF**

Effectif TOTAL de l'Établissement y compris médecins (en personne physique) 86 Personnes
Nombre de Membres du Conseil d'Administration : 12
Nombre de Médecins ou de Coordinateur salariés : 0    Si oui E.T.P. : _____
Masse salariale (toute personne collaborant au fonctionnement de l'Établissement et qui perçoit une rémunération) <u>Hors Charges Patronales</u> : 2 897 685, 05 €

## **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		92
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	
Autres : Préciser :		X	
Autres : Préciser :		X	

### **AVIS DE LA COMMISSION DE SÉCURITÉ**

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

### **ÉTAT DU PATRIMOINE IMMOBILIER**

Surface développée totale du ou des bâtiments à assurer : **5 900 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. **Merci de joindre votre plan de Masse***

## LES BÂTIMENTS

	Site Principal	Autre Site	Autre Site
Adresse			
Affectation (hébergement, administratif, atelier, logement de fonction...)	Hébergement	Hébergement, Administratif, Atelier, Cuisine, Chauffage, Archives	Lingerie
Surface développée	2 310 M2	3 500 M2	90 M2
Année de construction	1976	1998	2002
Type de plancher (bois, béton, dalle...)	Béton	Béton	Algeco
Nombre de niveaux	4	3	1

	OUI	NON
<p>Avez-vous un bâtiment ou partie de <b>bâtiment classé</b> ou inscrit à l'inventaire des monuments historique ? <span style="color: blue;">Si OUI : joindre justificatif</span></p> <p>Si oui lequel ? : _____ Quelle est sa surface ? : _____</p> <p>Adresse du ou des bâtiments : _____</p>		<b>X</b>
<p>L'établissement est-il propriétaire ou détenteur d'Objets de Valeurs Particuliers ?            (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>		<b>X</b>
<p>Avez-vous des <b>bâtiments désaffectés, inoccupé ou destinés à la démolition</b> ?</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 <b>contre le SQUAT</b> ? (Ex : portes fermées à clef, fenêtres munies de volets ou de barreaux, société de gardiennage, surveillance régulière) : _____</p>		<b>X</b>

	OUI	NON
L'Établissement est-il en <b>Zone Inondable</b> ? 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 <b>Dotation Non affectée</b> ? <b>Si OUI : Superficie</b> des bâtiments relevant de votre D.N.A. : _____ M2 Adresse du site : Nature de cette Dotation Non Affectée ( <b>DNA</b> ) : Château – Ferme agricole – Maison Individuelle – Prairies – Bois. Autre : Préciser : _____		X
Avez-vous des <b>Véranda, Serres de Jardin</b> ? <b>Si OUI : Superficie</b> : _____ M2		X
L'Établissement possède-t-il des <b>Panneaux Photovoltaïques</b> ? <b>Si OUI : Superficie</b> 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 <b>Laverie - Lingerie</b> (sous détection incendie) ? <b>Si OUI : Superficie</b> : 90 M2 _____ Kg / Jour Préciser son implantation : (Intra-muros ou isolée) _____	X	

## PRÉVENTION DES RISQUES

	OUI	NON
L'Établissement dispose-t-il d'Agents qualifiés S.S.I.A.P. ?	x	
<b>Si OUI</b> : Préciser le nombre d'Agents concernés : <u>S.S.I.A.P. 1</u> : Nombre ___ - <u>S.S.I.A.P. 2</u> : Nombre _1_ - <u>S.S.I.A.P. 3</u> :		
Nombre d'agents de l'Établissement ayant la qualité de « sapeurs-pompiers volontaires » ? (NB : <i>ce renseignement permet de bénéficier de l'abattement tarifaire prévu par l'article 9 de la loi N°96-370 du 3 mai 1996</i> ).	<b>Nombre d'Agents 2</b>	
Nombre d'Agents techniques d'astreinte dans l'Établissement (nuit, week-end) ?	<b>0 Agent</b>	
Quelle est la valeur à assurer au titre du contenu des Chambres Froides ? <b>Ne pas oublier</b> de cumuler la valeur des denrées alimentaires et des médicaments ( <b>vaccins</b> ).	<b>5 000 €</b>	
Existe-t-il un report d'alarme sur un poste de surveillance pour les <b>chambres froides</b> ?		<b>X</b>
Un Permis de Feu est-il établi au sein de l'Établissement ? <b>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.</b>	x	
Existe-t-il un report d'alarme Incendie sur un poste de surveillance permanent 24h/24h <b>pour le S.S.I.</b> ?		<b>X</b>
L'interdiction de fumer est-elle bien appliquée ?	<b>X</b>	
Votre personnel est-il régulièrement formé à la lutte contre les Incendies ?	<b>X</b>	
L'Établissement est-il répertorié à la Brigade des Sapeur-Pompier ? (Les pompiers ont-ils les plans du ou des bâtiments)		<b>X</b>
Distance de la Brigade des Sapeurs-Pompiers la plus proche :	<b>1 Kms</b>	
L'Établissement dispose-t-il de moyens de <b>prévention contre le VOL</b> ?		<b>X</b>
Alarme particulière ? Préciser le site concerné		<b>X</b>
Vidéosurveillance ? Préciser le site concerné		<b>X</b>

## 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 : CARENE - ALLIANZ		
Franchise en Dommages CORPORELS	NEANT	
Franchise en Dommages MATERIELS	400 €	

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 : CARENE- ALLIANZ		
A l'amiable		230 €
Au judiciaire		300 €

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 :		

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 : CARENE		
Franchise par sinistre :		400 €
Autres Franchises :		Légales

	OUI	NON
BRIS DE MACHINES ET TOUS RISQUES INFORMATIQUES	X	
Nom de l'Assureur : CARENE-ALLIANZ		
Franchise par sinistre :		400 €

	OUI	NON
PERTES D'EXPLOITATION	X	
Nom de l'Assureur : CARENE		
Franchise par sinistre : (hors incendie et explosion)		3 Jours
Franchise au titre des Frais Supplémentaires :		NEANT