

Questionnaire Assurances

Risques du Personnel pour les Établissements Publics de Santé

Nom de l'Etablissement :	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT PALAIS		
Adresse :	AVENUE FREDERIC DE SAINT JAYME		
Téléphone :	05 59 65 45 20	Courriel :	direction@ch-saint-palais.fr
N° SIRET :	20003754700011		

Nom du Responsable des Assurances :	ETCHEMENDY GHISLAINE		
Téléphone :	05 59 65 45 20	Courriel :	direction@ch-saint-palais.fr

Le contrat d'assurance des Risques Statutaires 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 reconnaît avoir une connaissance suffisante du risque à garantir.

RISQUES ASSURÉS A CE JOUR

	OUI	NON	Franchise
Décès		NON	
Accident ou Maladie imputable au Service (AT/MP)		NON	Jrs
Frais de Soins (SEULS)		NON	
Maternité - Paternité - Adoption		NON	Jrs
Invalidité Permanente (CLD – CLM)		NON	Jrs
Incapacité Temporaire de Travail (M.O.)		NON	Jrs

BASE DE COTISATION SOUHAITÉE

TRAITEMENT INDICIAIRE BRUT de l'exercice 2024 : 4 160 456 € (pm et pnm) OBLIGATOIRE

+ NOUVELLE BONIFICATION INDICIAIRE : _____ € OUI – NON – FACULTATIF

EFFECTIF - RÉPARTITION DU PERSONNEL – AFFILIÉS C.N.R.A.C.L.

TITULAIRES ET STAGIAIRES - Les CONTRACTUELS sont EXCLUS

EFFECTIFS

Nombre d'Agents C.N.R.A.C.L. et UNIQUEMENT C.N.R.A.C.L. de 2024 : 163 et de 2025 161

RÉPARTITION DU PERSONNEL

AGE	HOMMES	FEMMES
MOINS de 25 ans	0	0
26 – 42 ans	8	69
43 – 50 ans	5	35
51 ans -59 ans	4	34
60 ans et plus	0	6
TOTAL	17	144

ABSENTÉISME PAR CATÉGORIE DE RISQUES

Concernant le nombre d'arrêts demandés, vous devez nous communiquer le nombre de NOUVEAUX ARRÊTS DECLARES PAR ANNEE. Cela veut dire que vous ne devez pas nous inscrire un même Agent sur plusieurs années.

Vous devez nous communiquer VOS PROPRES DONNEES et ne pas reprendre les données de votre Assureur.

DÉCÈS	2021	2022	2023	2024
Nombre de décès	0	0	0	0
Capitaux versés aux Ayants Droits	0€	0€	0€	0€

AT/MP	2021	2022	2023	2024
Nombre de NOUVEAUX ARRÊTS	4	8	2	4
Nombre total de jours en plein traitement	389 Jrs	748 Jrs	378 Jrs	301 Jrs
Nombre total de jours en temps partiel thérapeutique	0Jrs	0Jrs	656 Jrs	195 Jrs
Montant réellement payé par l'assureur	€	€	€	€
Montant des Frais de Soins Seuls	1 116 €	565 €	1 635 €	2 040 €

MATERNITÉ – PATERNITÉ - ADOPTION	2021	2022	2023	2024
Nombre de NOUVEAUX ARRÊTS	5	8	3	6
Nombre total de jours d'Arrêts	471 Jrs	988 Jrs	480 Jrs	969 Jrs
Montant réellement payé par l'assureur	/€	/€	/€	/€

CLD/CLM	2021	2022	2023	2024
Nombre de NOUVEAUX ARRÊTS	8	1	4	2
Nombre total de jours en plein traitement	2 385 Jrs	1 444 Jrs	1 621 Jrs	2 090 Jrs
Nombre total de jours en demi traitement	122Jrs	804Jrs	1019Jrs	261Jrs
Montant réellement payé par l'assureur	/€	/€	/€	/€

MALADIE ORDINAIRE - GLOBALE	2021	2022	2023	2024
Nombre de NOUVEAUX ARRÊTS	39	52	20	18
Nombre total de jours en plein traitement	919Jrs	1751Jrs	1269Jrs	1796Jrs
Nombre total de jours en demi traitement	627Jrs	313Jrs	394Jrs	320Jrs
Montant réellement payé par l'assureur	/€	/€	/€	/€
MALADIE ORDINAIRE - DETAILLÉE	2021	2022	2023	2024
Nb de jours d'arrêts inférieurs à 15 Jrs	94Jrs	311Jrs	139Jrs	131Jrs
Nb de jours d'arrêts compris entre 16 et 30 Jrs	152Jrs	183Jrs	133Jrs	219Jrs
Nombre de jours d'arrêts supérieurs à 30 Jrs	1300Jrs	1570Jrs	1391Jrs	1766Jrs
Montant réellement payé par l'assureur	/€	/€	/€	/€

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES DEMANDÉES :

Combien d'Agent(s) sont susceptibles de pouvoir bénéficier d'une retraite anticipée pour Invalidité ou étant parent d'un enfant atteint d'une invalidité au moins égale à 80% et ayant au moins 15 ans de services dans la Fonction Publique ?

Merci de nous indiquer le nombre d'Agent(s) concerné(s). 0 Agent

Nombre d'Agent(s) dans l'attente d'une Décision de la Commission de Réforme ? 0 Agent

Nombre d'Agent(s) toujours en arrêt en CLD/CLM dont l'arrêt initial est antérieur à 2021 : 0 Agent

CONTRAT EN COURS

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

		OUI	NON
PRESTATIONS STATUTAIRES			NON
Nom de l'Assureur :	Nom du Courtier :		

Fait à :

Le

Ne pas modifier le fichier en format PDF