

Questionnaire Assurances

Responsabilité Civile, Protection Juridique, Accident Corporel, pour les Etablissements 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 de **Responsabilité Civile et Risques Annexes, Protection Juridique et Accident Corporels** seront établis sur la base déclarative du présent questionnaire complété par l'Etablissement. Chaque assureur peut demander toutes précisions ou renseignements complémentaires qu'il désire. Il reconnaît avoir une connaissance suffisante des risques à assurer.

ÉLÉMENTS A JOINDRE AU PRÉSENT QUESTIONNAIRE

POUR LE CONTRAT RESPONSABILITÉ CIVILE :

Statistiques Sinistres sur les 10 dernières années fournies par l'assureur

PLUS les documents suivants :

Liste des matériels à rayonnements ionisants
Autorisations et Déclarations délivrées par l'ASN.
Réponse de l'ASN suite à la dernière inspection.
Convention Constitutive du G.I.E. ou du G.C.S.
Listes des Sinistres supérieurs à 50 000 €

POUR LE CONTRAT PROTECTION JURIDIQUE :

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

POUR LE CONTRAT ACCIDENTS CORPORELS :

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

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

Détail des activités : *Compléter si nécessaire*

ACTIVITES	Nbr de Lits	Nbr de Places	ACTIVITES	Nbr de Lits	Nbr de Places
Médecine	35	3	Chir. esthétique		
Chirurgie	12	8	Télémédecine (France et/ou Etranger)	___ Nombre d'actes N-1	
Obstétrique	7		Moyen Séjour		
Gynécologie	0		Long Séjour		
Soins continus	4		S.S.R.		
UHCD	4		E.H.P.A.D.		
Méd. Nucléaire	0		S.S.I.A.D.		
Urgences			H.A.D.		
Nombre de passages aux Urgences N-1	10 460 ___ Passages		Autres : Préciser		
Psychiatrie Adultes					
Pédopsychiatrie					
TOTAL	62	11	TOTAL		

Nombre de Lits : 62 lits

Nombre de Places : 11 Places

IMPORTANT : Au titre de l'activité **OBSTETRIQUE**, merci de nous préciser si votre Etablissement a par le passé exercé cette activité si **OUI** ; merci de nous indiquer la date de fermeture de ce service.

SERVICE MATERNITE FERME le : ___/___/___

ACTIVITÉS ANNEXES DE L'ÉTABLISSEMENT

Rétrocession sur médicaments :	199 874,57€
Repas vendus à l'extérieur :	26 670,55€
Prestations de Blanchisserie :	0€
Exploitation d'un scanner et ou IRM :	826 310,17€
Mise à disposition du Personnel :	610 321,18€
Collecte pour incinération des D.A.S.R.I.	0€
Location de matériel ou de locaux :	42 036,32€
Prestations de livraison par drone	0€
Prestations de réparations Automobiles	0€
Prestations informatiques pour le compte de tiers	0€
SI l'établissement objet de la consultation effectue de l'hébergement de données de santé, merci de nous indiquer le CA réalisé pour cette activité.	0€
Autre :	0€
TOTAL :	1 705 212,79€

N.B. : En raison de certaines de vos activités, vos installations **sont-elles classées ICPE** ? **OUI - NON**

On entend par ICPE installation classée pour la Protection de l'environnement, toute exploitation industrielle susceptible de créer des risques ou de provoquer des pollutions ou nuisances notamment pour la sécurité et la santé des riverains. **(Compléter page 6)**

EFFECTIF

Effectif TOTAL de l'Établissement y compris médecins (en personne physique) : __265__	
Nombre de Membres du Conseil de Surveillance : __9__	
Nombre de praticiens libéraux non exclusifs intervenants dans l'Etablissement : __13__	
Répartition du personnel : Administratif : _33_ Techniques : _17_ Autres : _3_	
Masse salariale (Toutes personnes collaborant au fonctionnement de l'Etablissement) (Hors Charges Patronales) :	11 499 910 €

INFORMATIONS COVID 19

	OUI	NON
L'établissement a-t-il fait l'objet de réclamations formelles des familles, des résidents ou des professionnels contaminés ?		NON
Si oui : combien de dossiers sont actuellement en cours d'instruction ?	__Dossiers	

SERVICE DE MATERNITÉ

	OUI	NON
Nombre de naissances/an : 350		
Nombre de décès néonatal/an : __0__		
Niveau de classement de votre service Maternité : I – IIa – IIb – III : I		
La Maternité de l'Etablissement est-elle une maternité de référence dans la prise en charge des grossesses à haut risque ?		Non
Un Anesthésiste et un Obstétricien sont-ils toujours présents 24h/24h ?	Oui	
Pratiquez-vous une oxymétrie du sang du cordon fœtal ? Le résultat de l'analyse est-il reporté dans le dossier Patient ?	oui	
Taux de césariennes réalisées sur les 3 dernières années :	17,40%	

SERVICE RADIOLOGIE

	OUI	NON
L'établissement est-il détenteur d'installations et/ou de matériels de sources de rayonnements ionisants ? (Joindre la liste des matériels à rayonnements ionisants.)	oui	
Les installations sont-elles soumises à DECLARATION et/ou AUTORISATION	Autorisation	
Autorisation pour le scanner déclaration pour la table de radiologie et l'ampli de brillance	Déclaration	
Date de la dernière inspection de l'ASN : __18/05/2022__ (Joindre le compte rendu de la dernière inspection).		
Les installations et/ou matériels sont-ils la propriété de l'Etablissement ?	Oui et	Non
Si non, sont-ils la propriété d'un GIE - GCS ?		non

SERVICE DES URGENCES

	OUI	NON
Existe-t-il un SMUR - SAMU ?		non
Existe-t-il un Centre 15 ?		non
Nombre d'Appels réceptionnés par le Centre 15 année N-1	___ Appels	
Nombre de sorties effectuées année N-1	___ Sorties	
L'Etablissement est-il propriétaire et exploitant de l'hélistation ?		
L'Etablissement sous-traite-t-il ses transports par hélicoptère ? Si oui Nom du Prestataire : Identification du prestataire :		
Emplacement de votre Hélistation (Toiture ou au niveau du sol) : _____		

FORMATION

	OUI	NON
L'Etablissement gère-t-il des activités de formations ?		non
Nombre d'élèves IFSI ? _____		
Nombre d'élèves IFAS ? _____		
Autres : Préciser : _____ Nombre _____		
Autres : Préciser : _____ Nombre _____		

MANDATAIRE JUDICIAIRE - GÉRANT DE TUTELLE

	OUI	NON
L'Etablissement exerce-t-il la gérance de tutelle, de curatelle et et/ou de mise sous sauvegarde ?		
Nombre de dossiers traités en moyenne sur les 3 dernières années :	___ Dossiers	
Votre Mandataire Judiciaire dispose-t-il d'une Assurance Personnelle RC PRO ?		

RESPONSABILITE CIVILE G.I.E. et/ou G.C.S.

	OUI	NON
L'établissement est-il membre d'un G.I.E. ?		non
L'établissement est-il membre d'un G.C.S. ?	oui	
L'Etablissement souhaite-t-il assurer ces structures dans le contrat Responsabilité Civile ? Si OUI : Joindre Convention Constitutive du G.I.E. ou du G.C.S.		non

AUTRES RESPONSABILITÉS

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

	Nb de Personnes
Nombre de Résidents en E.H.P.A.D :	
Nombre d'Elèves (IFSI-IFAS-Autres) :	
Nombre d'Adultes handicapés :	
Nombre d'Hospitalisés participant à des activités sportives :	
Nombre de Pensionnaires Mineurs :	
Nombre de Pensionnaires Majeur :	
Nombre de Personnes en Accueil familial thérapeutique :	
Nombre de Personnes en Accueil familial thérapeutique de Mineurs :	
Nombre de Personnes en Placement familiaux ou de toxicomanes :	
Nombre de personnes accueillies en situation d'Urgence ou de précarité :	
Nombre d'Associations à assurer (à défaut ou en complément de leurs Assurances) : Préciser la vocation de ces Associations : _____	

ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS

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

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

	OUI	NON	Nombre de Personnes
SMUR – SAMU (Nombre de <u>Personnes</u> assurées au MAXIMUM <u>en</u> <u>sortie simultanée</u>).			
Ces personnes du SMUR et/ou du SAMU seraient-elle assurées au titre d'un contrat GROUPE ?			
Membres du Conseil de Surveillance :			
Elèves Infirmières et Aides-Soignantes :			
Elèves Ambulanciers :			
Elèves Autres : Préciser _____			
Bénévoles : (Si oui pour quel motif ?) _____			

RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

Le **risque environnemental** peut se matérialiser par une **pollution de l'eau, de l'air ou encore des sols, des sous-sols ou des eaux souterraines du site lui-même**. Pour gérer ce type de **risque**, l'Etablissement peut prendre différentes mesures. Tout d'abord, l'Etablissement doit prendre des mesures préventives.

	OUI	NON
Etes-vous actuellement assuré contre les risques environnementaux ?		
Avez-vous déclaré un sinistre Pollution causé par vos activités ?		Non
Avez-vous été victime de Pollutions causés par vos voisins ou par des Tiers ?		Non
Dans l'affirmative, merci de préciser la date du sinistre, les circonstances, la nature et le montant des dommages :		
Des travaux de dépollution ont-ils été lancé ?		Non
Disposez-vous d'une blanchisserie ? Si OUI, en êtes-vous : PROPRIETAIRE EXPLOITANT – LOCATAIRE Rayer la mention inutile		Non
Concernant le terrain : en êtes-vous PROPRIETAIRE ou LOCATAIRE ? Concernant les installations : PROPRIETAIRE ou LOCATAIRE ? Bâtiments : PROPRIETAIRE ou LOCATAIRE ? Rayer la mention inutile		
Quelle est sa capacité de production ? (Tonne de linge traité par jour)		
Votre blanchisserie est-elle isolée des autres bâtiments ? Si la blanchisserie est implantée dans vos locaux, merci de préciser sa superficie : ____M²		
Votre blanchisserie est-elle : <ul style="list-style-type: none"> - NON CLASSEEE : - SOUMISE A ENREGISTEMENT : - SOUMISE A AUTORISATION Rayer la mention inutile		
Existe-t'il des bacs de rétention sous les produits lessivables ?		
Existe-t'il des contrôles des eaux (Ph, température bassin de décantation) ?		

MONTANT DES DIVERS BUDGETS DE L'ÉTABLISSEMENT

Budget validé du dernier exercice. Indiquez l'année de référence : ____ 2025 ____	
BUDGET PRINCIPAL	
M.C.O.	31 179 129€
Autre Budget (Préciser) :	€
A DEDUIRE (si concerné)	
Compte 78 – Reprises sur amortissement et provisions :	100 000€
Compte 7087 - Remboursement des Frais par les C.R.P.A. :	€
Compte 7721 – Produits sur exercices antérieurs :	€
TOTAL BUDGET PRINCIPAL :	31 079 129€
BUDGETS ANNEXES	
Maison de Retraite - EHPAD	€
U.S.L.D.	€
S.S.I.A.D.	€
I.F.S.I. :	€
Dotation Non Affectée (D.N.A.)	€
Autre Budget (Préciser) :	€
A DÉDUIRE (si concerné)	
Compte 78 – Reprises sur amortissement, provisions et dépréciations :	€
Compte 7087 - Remboursement des Frais par les C.R.P.A. :	€
Compte 7721 – Produits exceptionnels sur exercices antérieurs ::	€
TOTAL BUDGETS ANNEXES	€
TOTAL BUDGET PRINCIPAL + BUDGETS ANNEXES (déduction faite des comptes 78, 7087 et 7721)	€

CONTRATS EN COURS

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

	OUI	NON
RESPONSABILITE CIVILE		
Nom des Assureurs successifs durant les 10 dernières années : BEAH ET AXA		
Franchise en Dommages CORPORELS		0€
Franchise en Dommages MATERIELS		300€

Joindre la liste des sinistres CORPORELS payés ou provisionnés à plus de 50 000 €. (Voir modèle)

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

	OUI	NON
RESPONSABILITE CIVILE ENVIRONNEMENTALE		
Nom de l'Assureur		
Franchise		€

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

	OUI	NON
PROTECTION JURIDIQUE (Contrat <u>SPECIFIQUE</u> et <u>DISTINCT</u> du Contrat Responsabilité Civile)		
Nom de l'Assureur : 2C Courtage		
Seuil d'intervention par sinistre pour les Agents		€
Seuil d'intervention par sinistre pour l'Etablissement		€

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

	OUI	NON
ACCIDENTS CORPORELS		
Nom de l'Assureur :		

Fait à Saint Palais
Le 3 mars 2025

**Ghislaine ETCHEMENDY**
Directrice adjointe

Centre Hospitalier de Saint-Palais
Avenue Frédéric-de-Saint-Jayme
64120 SAINT-PALAIS
Tél. 05 59 65 45 35
Fax 05 59 65 82 91
N° FINESS 640017638