

## Questionnaire Assurances

Responsabilité Civile, Dommages aux Biens, Protection Juridique et Accident Corporel, pour les Etablissements Publics de Santé sans Maternité ni Chirurgie

Nom de l'Etablissement :	<b>EPS de GARAZI</b>		
Adresse :	261, rue Fondation LURO		
Téléphone :	<b>05 59 37 00 55</b>	Courriel :	<b>direction@eps-garazi.fr</b>
N° SIRET :	<b>200 093 458 00012</b>		

Nom du Responsable des Assurances :	<b>Mme G.ROUAULT</b>		
Téléphone :	<b>05 59 37 00 55</b>	Courriel :	<b>direction@eps-garazi.fr</b>

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'Etablissement. Chaque **assureur peut demander toutes précisions ou renseignements complémentaires qu'il désire pour une parfaite connaissance des risques à garantir.**

### ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

ACTIVITÉS	Nb de LITS	OUI	NON	ACTIVITES	Nb de LITS	OUI	NON
MEDECINE	14	X		S.S.I.A.D.			X
MOYEN SEJOUR			X	RADIOLOGIE		X	
LONG SEJOUR			X	URGENCES			X
PSYCHIATRIE			X	Accueil de Jour		X	
EHPAD	196			Hébergement Temporaire	7	X	
Unité Alzheimer	14	X		Autres : Préciser			
SSR	30	X		Autres : Préciser			

Nombre de Lits :      **44 lits Sanitaire**

Nombre de Places : **196 lits D'EHPAD**

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

### **MONTANT DES DIVERS BUDGETS DE L'ÉTABLISSEMENT**

Budget validé du dernier exercice. Indiquez l'année de référence :2023	
<b>BUDGET PRINCIPAL</b>	
<b>Médecine</b>	<b>5 991 349 €</b>
<b>Autre Budget (Préciser) :</b>	<b>€</b>
<b>A DEDUIRE (si concerné)</b>	
Compte 78 – Reprises sur amortissement et provisions :	€
Compte 7087 - Remboursement des Frais par les C.R.P.A. :	€
Compte 7721 – Produits sur exercices antérieurs :	26 444 €
<b>TOTAL BUDGET PRINCIPAL :</b>	<b>5 964 905 €</b>
<b>BUDGETS ANNEXES</b>	
<b>EHPAD</b>	<b>9 161 997 €</b>
U.S.L.D.	€
S.S.I.A.D.	€
I.F.S.I. :	€
Dotation Non Affectée (D.N.A.)	€
<b>Autre Budget (Préciser) :</b>	<b>€</b>
<b>A DÉDUIRE (si concerné)</b>	
Compte 78 – Reprises sur amortissement et provisions :	52 332 €
Compte 7087 - Remboursement des Frais par les C.R.P.A. :	€
Compte 7721– Produits sur exercices antérieurs :	€
<b>TOTAL BUDGETS ANNEXES</b>	<b>9 109 665 €</b>
<b>TOTAL BUDGET PRINCIPAL + BUDGETS ANNEXES (déduction faite des comptes 78, 7087 et 7721)</b>	<b>15 074 570€</b>

### **EFFECTIF**

Effectif TOTAL de l'Établissement y compris médecins (en personne physique) : <b>240</b>
Nombre de Membres du Conseil d'Administration : _____
Nombre de Membres du Conseil de Surveillance : <b>15</b>
Nombre de Médecins ou de Coordinateur salariés : <b>6</b> Si oui E.T.P. : <b>4,6</b>
Masse salariale (toute personne collaborant au fonctionnement de l'Etablissement et qui perçoit une rémunération) <u>Hors Charges Patronales</u> : <b>6 918 177 €</b>

### **INFORMATIONS COVID 19**

Quel est le taux de vaccination de vos résidents : 90 %

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
L'établissement a-t-il fait l'objet de réclamations formelles des familles, des résidents ou des professionnels contaminés ?		<b>X</b>

### SERVICE RADIOLOGIE

	OUI	NON
L'établissement est-il détenteur d'installations et/ou de matériels de sources de rayonnements ionisants ? Table de radiologie FUJI et valise portative XAIR	X	
Les installations sont-elles soumises à DECLARATION et/ou AUTORISATION	Autorisation*	
Rayer la mention inutile *	Déclaration*	
Date de la dernière inspection de l'ASN : non encore effectuée (Joindre le compte rendu de la dernière inspection).		
Les installations et/ou matériels sont-ils la propriété de l'Etablissement ?	X	
Si non, sont-ils la propriété d'un GIE - GCS ?		

### CHIFFRE D'AFFAIRES PAR ACTIVITÉ ANNEXE DECLAREE

Repas vendus à l'extérieur (livraison comprise) :	0 €
Prestations de Blanchisserie :	0 €
Location de matériel ou de locaux :	0 €
Prestations de livraison par drone	0 €
Prestations de réparations Automobiles	0 €
<b>Prestations informatiques pour le compte de tiers</b>	<b>0 €</b>
Autre :	0 €
<b>TOTAL :</b>	<b>0 €</b>

### ÉCOLE DE FORMATION

	OUI	NON
L'Etablissement gère-t-il des activités de formations ?		X

### SERVICE DES URGENCES

	OUI	NON
Existe-t-il un <b>SMUR - SAMU</b> Ou une <b>unité des URGENCES</b>		X
Existe-t-il un <b>Centre 15</b> ?		X
L'Établissement est-il propriétaire et exploitant de l'hélistation ?		X
L'Établissement sous-traite-t-il ses transports par hélicoptère ? Si oui Nom du Prestataire : Identification du prestataire :		X
Emplacement de votre Hélistation (Toiture ou au niveau du sol) : _____		

### AUTRES RESPONSABILITÉS

Dans le cadre de ses activités d'Etablissement Public, l'Etablissement **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		191
Résidents en Foyer Logement		X	
Autres catégories de personnes : Préciser :		X	

### 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 ?		X

### 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
Êtes-vous actuellement assuré contre les risques environnementaux ? <b>(RC Générale)</b>	X	
Avez-vous déclaré un sinistre Pollution causé par vos activités ?		X
Avez-vous été victime de Pollutions causés par vos voisins ou par des Tiers ?		X
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 ?		x
Disposez-vous d'une blanchisserie ? Si OUI, en êtes-vous : PROPRIETAIRE <del>EXPLOITANT</del> — LOCATAIRE <a href="#">Rayer la mention inutile</a>	x	
Concernant le terrain : en êtes-vous PROPRIETAIRE <del>ou</del> LOCATAIRE ? Concernant les installations : PROPRIETAIRE <del>ou</del> LOCATAIRE ? Bâtiments : PROPRIETAIRE <del>ou</del> LOCATAIRE ? <a href="#">Rayer la mention inutile</a>		
Quelle est sa capacité de production ? (Tonne de linge traité par jour)	0,520	
Votre blanchisserie est-elle isolée des autres bâtiments ? Si la blanchisserie est implantée dans vos locaux, merci de préciser sa superficie : 165,8 M²		X
Votre blanchisserie est-elle : - NON CLASSEEE : — <del>SOUmise À ENREGISTEMENT</del> : — <del>SOUmise À AUTORISATION</del> <a href="#">Rayer la mention inutile</a>		
Existe-t 'il des bacs de rétention sous les produits lessivables ?		x
Existe-t 'il des contrôles des eaux (Ph, température bassin de décantation) ?		x

### 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** ?

**N.B.** : Cette assurance propose une garantie Décès, Invalidité et Frais de Soins à hauteur des frais réels.

**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 en sortie simultanée).		X	
Ces personnes du SMUR et/ou du SAMU seraient-elle assurées au titre d'un contrat GROUPE ?		X	
Membres du Conseil de Surveillance :	X		15
Élèves Infirmières et Aides-Soignantes :		X	
Élèves Ambulanciers :		X	
Élèves Autres : Préciser _____		X	
Bénévoles : accompagnement des résidents en sortie			2

### ÉTAT DU PATRIMOINE IMMOBILIER

Surface développée totale du ou des bâtiments à assurer : **18 098 M2 = (Luro) 13 678 M2 + (Toki) 1 470 M2 + (Adindunen) 2 850 M2 + (Villa Bakean) 100 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***

	Site Principal : Luro (Ehpad et Sanitaire)	Autre Site : Toki Eder (Ehpad)	Autre Site : Adindunen Egoitza	Dotation Non Affectée : Villa BAKEAN + 2 garages
Adresse	261, Rue Fondation Luro 64220 Ispoure	15, Avenue Renaud 64220 st Jean Pied de Port	1, rue Ste Eulalie 64220 St Jean Pied de Port	Villa BAKEAN + 2 garages 6-8 Rue des Bergers
Affectation (hébergement, administratif, atelier, logement de fonction...)	Chambres/bureaux/ Locaux techniques/ Cuisine/blanchisserie	Hébergement/ Bureaux/ Cuisine/ Locaux techniques/lingerie	Hébergement/ Bureaux/ Cuisine/ Laverie	Stockage
Surface développée	13 678 M2	1 470 M2	2 850 M2	100 M2
Année de construction	Parie sanitaire : 1924/1970/1995/2018 Partie Ehpad : 2004/2006	Réhabilitation en 1967	Construction en 1962 et réhabilitation en 2015	?
Type de plancher (bois, béton, dalle...)	Bois Bât 1924 et une partie du bat en 1970. Le reste hourdis béton	Hourdis béton	Plancher béton	Plancher béton

**Si vous avez PLUS DE 4 BÂTIMENTS, vous devez compléter le tableau « ÉTAT DES SURFACES » joint à ce questionnaire.**

	OUI	NON
L'Etablissement comporte-t-il des planchers bois ?	X	
Si OUI : Superficie : 387 m2 De quel(s) bâtiment(s) s'agit-il ? : Villa Jeanne et Bat Luro 1970 Adresse du ou des bâtiments : 261, Rue Fondation Luro		
Avez-vous un bâtiment ou partie de <b>bâtiment classé ou inscrit à l'inventaire des monuments historique</b> ? Si OUI : joindre justificatif		X
Si oui lequel ? : Quelle est sa surface ? : Adresse du ou des bâtiments :		
Avez-vous des <b>bâtiments désaffectés, inoccupé ou destinés à la démolition</b> ?	X	
Si oui préciser la nature (désaffectés ou inoccupé ou destinés à la démolition) ? : destiné à la démolition De quel(s) bâtiment(s) s'agit-il ? : Villa Jeanne Adresse du ou des bâtiments : 261, rue Fondation LURO 64220 Ispoure Quels sont les mesures de précaution ? , : portes fermées à clef, fenêtres munies de volets		
Avez-vous des bâtiments au titre de votre <b>Dotation Non affectée</b> ?	X	
<b>Si OUI : Superficie</b> des bâtiments relevant de votre D.N.A. : 100 M2 Adresse du site : 6-8 rue des Bergers Nature de cette <b>DNA</b> : <del>Château</del> — <del>Forme agricole</del> – Maison Individuelle et Deux garages Préciser :		
Avez-vous des <b>Véranda, Serres de Jardin</b> ?		X
<b>Si OUI : Superficie</b> : _____ M2		
L'Etablissement possède-t-il des <b>Panneaux Photovoltaïques</b> ?		X
<b>Si OUI : Superficie</b> des panneaux photovoltaïques : _____ M2		
L'Etablissement dispose-t-il de chapiteaux ou de structures légères (tente, barnum...) ?		X
L'Etablissement possède-t-il des œuvres d'art et collections ?		X
<b>Si OUI : joindre la liste et les valeurs et PRECISER leur lieu de stockage :</b>		
L'Etablissement dispose-t-il d'une <b>blanchisserie</b> ?	X	
<b>Précisez l'emplacement du bâtiment ou du local de la blanchisserie :</b> S'agit-il d'un <del>bâtiment isolé</del> – Intégré dans un Bâtiment (si OUI : Lequel) : Site Luro Tonnage journalier de traitement de linge : 0,520 Tonne(s) / Jour		
Existe-t'il des bacs de rétention sous les produits lessiviels ?		X
Existe-t'il des contrôles des eaux (Ph, température bassin de décantation)		X

## PRÉVENTION DES RISQUES

	OUI	NON
L'Établissement dispose-t-il d'une équipe de sécurité-incendie interne ?	X	
<b>Si OUI :</b> Préciser le nombre d'Agents composant cette équipe de sécurité : S.S.I.A.P. 1 : 1 - S.S.I.A.P. 2 : - S.S.I.A.P. 3 :		
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).	1 Agents	
Nombre d'Agents d'astreinte dans l'Établissement (nuit, week-end,) ?	12 soignants	
Existe-t-il un report d'alarme à un poste de surveillant permanent ? PC SECURITE ?		X
<b>L'INTERDICTION DE FUMER</b> est-elle bien appliquée dans votre Établissement ?	X	
Un Permis de Feu est-il établi au sein de l'Établissement ? <b>Le PERMIS DE FEU</b> est un Plan de Prévention écrit pour chaque travail par points chauds (coupage, meulage, soudage...).	X	
L'Établissement est-il répertorié à la Brigade des Sapeur-Pompier ?	X	
Existe-t-il un Plan d'Opération interne établi par la BSP pour l'Établissement ?	X	
Distance de la Brigade des Sapeurs-Pompiers la plus proche :	<1Kms	
<b>L'Établissement dispose-t-il de moyens de PREVENTION contre le VOL ?</b>		X
Alarme particulière ? <b>Si OUI</b> sur quels bâtiments Vidéosurveillance ? Préciser le site sous vidéosurveillance		
Existe-t-il des sites, des bâtiments ou locaux en zone inondable ? <b>Si oui, lesquels :</b> <b>Préciser également si des dispositions ont été prises pour limiter ce risque ?</b>		X
Avez-vous réalisé une recherche par adresse de votre exposition aux risques naturels? (Inondation – Mouvement de terrain – Tempête – Ouragan, Cyclone, Tornade, Grêle – Séisme – Feux de forêts – Éruptions Volcaniques).		X
Certains de vos bâtiments ont-ils déjà subi des sinistres en lien avec ces risques naturels ? <b>Préciser quels risques :</b>		X
<b>Vos bâtiments ont-ils subi des sinistres classés CATASTROPHE NATURELLE ?</b> <b>Si OUI : préciser les dommages subis et leur coût du sinistre :</b> Dommages subis : Montant sinistres (si connu) :		X
Dans l'affirmative quels types de bâtiments ou de structures ont subi des dommages ? (Installation électriques principale – Groupe Électrogène – Service des Urgences – Blocs Opératoires – Parkings...)           Préciser :		
À l'issue des évènements, la Commune et/ou la Préfecture ont-ils réalisé des travaux de Prévention des Risques ?		x

### GARANTIE CONTENU EN CHAMBRES FROIDES

Indiquer la valeur maximale détenue en chambre froide, réfrigérateurs (Aliments, médicaments, etc.) :	
Produits alimentaires	2 700 €
Pharmacie	421 €

### BRIS DE MACHINE

Installations générales et techniques : matériel médical, groupes électrogènes etc ...

Quelle est la valeur du matériel le plus cher et sa date d'achat :12/2024	300 K€
De quel type de matériel s'agit-il : Table de radiologie	

	OUI	NON
Les matériels de moins de 5 ans disposent-ils de contrats de maintenance ? Si OUI : Type de maintenance : <b>Préventive ou Curative ou les 2 ? Préciser</b>	Oui préventif	

### TOUS RISQUES INFORMATIQUES

Equipements Informatiques : serveur, ordinateurs, autocommutateur, onduleurs...

Quelle est la valeur du matériel le plus cher et sa date d'achat : ____/____/____ Serveurs hébergés sur le CHCB	€
De quel type de matériel s'agit-il : <b>Serveurs hébergés sur le CHCB</b>	

	OUI	NON
Les matériels de moins de 3 ans disposent-ils de contrats de maintenance ? Si OUI : Type de maintenance :		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 <u><a href="#">Joindre la copie de l'avis de la commission de sécurité</a></u>		X
<b>Si réponse affirmative</b> , préciser les dispositions prises par l'Établissement pour diminuer voire éliminer le risque :		



### **CONTRATS EN COURS**

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

	OUI	NON
<b>RESPONSABILITE CIVILE</b>	X	
<b>Nom de l'Assureur : RELYENS</b>		
Franchise en Dommages CORPORELS		0 €
Franchise en Dommages MATERIELS		0 €

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

	OUI	NON
<b>PROTECTION JURIDIQUE</b> (Contrat <b><u>SPECIFIQUE et DISTINCT</u></b> du Contrat R.C.)	X	
<b>Nom de l'Assureur : 2C Courtage</b>		
Seuil d'intervention (Franchise) par sinistre pour les Agents		0 €
Seuil d'intervention (Franchise) par sinistre pour l'Etablissement		0 €

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

	OUI	NON
<b>ACCIDENTS CORPORELS</b>		X
<b>Nom de l'Assureur :</b>		

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

	OUI	NON
<b>DOMMAGES AUX BIENS</b>	X	
<b>Nom de l'Assureur : RELYENS</b>		
Franchise par sinistre :		0 €
Autres Franchises :		0 €

	OUI	NON
<b>BRIS DE MACHINES ET TOUS RISQUES INFORMATIQUES</b>	X	
<b>Nom de l'Assureur : RELYENS</b>		
Franchise par sinistre :		0 €

	OUI	NON
<b>PERTES D'EXPLOITATION</b>		x
<b>Nom de l'Assureur : RELYENS</b>		
Franchise par sinistre :		3Jours
Franchise au titre des Frais Supplémentaires :		Jours

Fait à Ispoure  
Le 24/03/2025