



QUESTIONNAIRE ASSURANCES

Etablissement public de santé / médico-social

GROUPEMENT DE COMMANDES ASSURANCE

Ce questionnaire a pour objet le recensement des besoins de chaque établissement membre du groupement.

Ce questionnaire comporte 16 onglets, ventilés comme suit :

- Présentation générale** : 2 onglets
- Garantie Responsabilité civile** : 6 onglets
- Garantie Protection Fonctionnelle et Protection Juridique** : 1 onglet
- Garantie Automobile** : 2 onglets
- Garantie Dommages aux biens / bris de machines** : 3 onglets
- Garantie Risques statutaires CNRACL** : 1 onglet
- Garantie Risques statutaires IRCANTEC** : 1 onglet

Afin de respecter les délais de la procédure, le questionnaire et les pièces annexes sont à transmettre au plus tard **le 26/08/2019**

Le dépôt des pièces et du questionnaire s'effectue sur le serveur de RISK Partenaires, se reporter au mail de démarrage de mission.

LISTE DES DOCUMENTS A TRANSMETTRE A RISK PARTENAIRES :

- Copie des contrats d'assurance à intégrer à la consultation (*notamment responsabilité civile, protection fonctionnelle, protection juridique, dommages aux biens, bris de machines, risques statutaires, individuelle accident, garanties SMUR, ...*).
- Dernier appel de cotisation pour chaque contrat mentionné ci-dessus
- Statistiques sinistres pour chaque contrat mentionné ci-dessus. Ce document est à demander à votre assureur. **ATTENTION**, les statistiques doivent impérativement porter sur les 10 dernières années pour le contrat responsabilité civile, 5 ans pour le contrat dommages aux biens, et 3 ans pour les autres contrats.
- Ce questionnaire complété
- Copie du dernier rapport d'activité
- Montant des recettes EPRD
- Liste des véhicules à jour (selon modèle joint dans ce questionnaire)
- Liste des bâtiments à jour (selon modèle joint dans ce questionnaire)
- Plans de masse
- PV commission de sécurité incendie
- Liste valorisée du matériel technique (scanner, IRM, matériel biomédical...) à assurer en bris (selon modèle joint dans ce questionnaire)

Pour toute question complémentaire sur ce questionnaire, vous pouvez contacter vos interlocuteurs RISK Partenaires :
Madame Catherine Sauvage : 06 89 52 86 20
Monsieur Florian Rérot : 03 83 63 27 28

Questionnaire assurance

A1 Informations administratives :

N°	Questions	Réponses
A1	Nom de l'Etablissement :	Etablissement Public Départemental de Santé de Gorze
A2	Adresse :	163 rue de la Meuse - CS 90080 Gorze
A3	Code postal :	57133
A4	Ville :	ARS-SUR-MOSELLE Cedex
A5	Téléphone :	03 87 38 53 00
A6	Télécopie :	03 87 38 53 33
A7	Adresse mail :	secretariat@epsgorze.fr
A8	Nom du représentant légal de l'Etablissement	Sandrine BRICAUD-LAURAIN
A9	Fonction du représentant légal (Directeur, Président...) :	Directeur par intérim
A10	Nombre total d'agents (ensemble des agents, personnes physiques) :	245
A11	Nombre total de membres du conseil de surveillance	15
A12	Nom de l'organisme comptable Public assignataire des paiements :	Trésor Public du CHR Metz-Thionville

Questionnaire assurance

A1 Responsabilité Civile – Généralités :

	Oui	Non
B1 Souhaitez-vous assurer les responsabilités de l'Établissement ?	X	

Si oui, merci de compléter les questions ci-après (onglets RC) et transmettre les pièces suivantes :

PIECES A TRANSMETTRE	Joint (X)	Non joint (X)
Le dernier rapport d'activité		X
Statistiques sinistres		
sur 10 ans OBLIGATOIREMENT, + nom de l'assureur si année manquante	X	
Contrat d'assurance (conditions particulières, avenants)	X	
Appel de cotisation annuel N-1 (y compris régularisation)	X	

B2	Recettes EPRD / Fonctionnement (N-1) (tous budgets confondus)	18 059 551,52 €
----	---------------------------------------------------------------	-----------------

B3	Si vous avez un ou plusieurs établissement(s) secondaire(s), complétez le tableau ci-dessous :		
	Nom / Adresse	Activités	Nombre total de lits/places

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire

B4	Autres entités à assurer en responsabilité civile (association, amicale,...) :		
	Nom	Adresse	Activités
	Amicale du Personnel		gestion œuvres sociales
	Syndicat FO		syndicat

Questionnaire assurance

B1 Responsabilité Civile – Activités

B5	Activités générales de l'Etablissement (au 31/12/N-1) <i>(Vous pouvez nous faire parvenir votre liste interne des activités exercées)</i>
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Activités générales :	Nombre total de lits	Nombre total de places	Nombre de journées par an
Hospitalisation à temps complet (<i>hospitalisation complète</i>)			
Hospitalisation à temps partiel (<i>séances de soins</i>)			
Hospitalisation de jour (<i>chirurgie ambulatoire</i>)			
HAD (<i>hospitalisation à domicile</i>)			
EHPAD (<i>Hébergement Personnes âgées</i>)	250	250	82745
Unité Alzheimer			
Accueil de jour			
SSR (<i>Soins de suite et de réadaptation</i>)	30	30	8627
SSIAD (<i>Service de soins infirmiers à domicile</i>)			
USLD (<i>Unité de soins de longue durée</i>)	30	30	8550
MAS (<i>Maison Accueil spécialisée</i>)			
ESAT (<i>Etablissement et service d'aide par le travail</i>)			
FAM (<i>Foyer accueil médicalisé</i>)			
Foyer occupationnel (<i>Foyer de vie</i>)			
Autres (à préciser) :	Nombre total de lits	Nombre total de places	Nombre de journées par an

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire

Questionnaire assurance

B] Responsabilité Civile – Activités MCO / Psychiatrie :

B6	Activités spécifiques exercées (au 31/12/N-1)
----	-----------------------------------------------

Médecine :	Nombre total de lits	Nombre total de places	Nombre de journées par an
Médecine interne			
Neurologie			
Cancérologie			
Cardiologie			
Gériatrie			
Pédiatrie			
Gastro-entérologie			
Pneumologie			
Dentaire			
Néphrologie			
Obstétrique			
Nombre de naissances			
Niveau de la maternité			
Psychiatrie			
Dialyse			
Radiologie / imagerie médicale			
Radiothérapie			
Nombre de séances de radiothérapie			
Médecine nucléaire			

Chirurgie :	Nombre total de lits	Nombre total de places	Nombre de journées par an
Chirurgie générale			
Chirurgie-urologie			
Neuro-chirurgie			
Chirurgie-orthopédie			
Chirurgie digestive			
Chirurgie vasculaire			
Chirurgie gynécologie			
Chirurgie cardiaque			
Chirurgie pédiatrie			
Chirurgie ophtalmologie			
Chirurgie ORL			
Chirurgie stomatologie			
Chirurgie Ambulatoire			
Chirurgie esthétique			

Services des urgences	Nombre de passages / sorties /an	Nombre total de lits & nombre de places	Nombre de journées par an
Service des urgences			
SAMU / SMUR			

Autres spécialités de l'établissement (à préciser)	Nombre total de lits/places	Nombre de journées par an

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire

Questionnaire assurance

B] Responsabilité Civile – Répartition des agents :

B7	Répartition des agents au 31/12/N-1	
	Profession	Nombre (en équivalent temps plein)
	Direction :	
	Agents Administratifs :	12,38
	Agents techniques :	34,32
	Agents éducatifs :	
	Animateurs :	3,38
	Médecins :	4,00
	Chirurgiens :	
	Anesthésistes :	
	Radiologues :	
	Pharmaciens :	1,00
	Gynécologues-obstétriciens :	
	Dentistes :	
	Psychiatres :	
	Sage-femmes :	
	Pédiatres :	
	Diététiciens :	0,20
	Ergothérapeutes :	1,00
	Masseurs-Kinésithérapeutes :	
	Prothésistes :	
	Psychomotriciens :	1,00
	Aide-soignants :	98,00
	Infirmiers :	22,06
	ASH :	61,06
	Autres : (à préciser ci-dessous) :	
	Profession	Nombre (en équivalent temps plein)
	Cadre de Santé	4,00
	Préparateurs Pharmacie	3,00
	assistante sociale	0,25
	psychologue	1,50
	Éducateur spécialisé	1,00

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire

Questionnaire assurance

B1 Responsabilité Civile – Spécificités :

		Oui		Non
		Gestion directe	Gestion déléguée	
B8	L'établissement a-t-il des déchets de soin ?		X	
B9	L'établissement a-t-il un ou plusieurs service(s) de restauration / cantine(s) ?	X		
B10	L'établissement a-t-il une ou plusieurs blanchisserie(s) ? (si oui & si gestion directe, merci de renseigner le tableau en page suivante)		X	

		Oui	Non
B11	L'établissement gère-t-il des mesures de tutelle / curatelle, mises sous sauvegarde ?		X
B12	L'établissement organise-t-il des sorties et/ou le déplacement des résidents / patients ?	X	
B13	L'établissement effectue-t-il de la préparation de produits pharmaceutiques ?		X
B14	L'établissement effectue-t-il de la vente de produits pharmaceutiques ?	X	
B15	L'établissement effectue-t-il des recherches médicales et expérimentations ?		X
B16	L'établissement a-t-il une activité de formation (IFSI, IFAS, ...) ? Si oui, nombre annuel d'élèves concernés pour chaque formation		X
B17	Exercez-vous ou pouvez vous être amené à exercer des activités de tous ordres à l'étranger ? Si oui, détails des activités et pays concernés		X
B18	Intervenez-vous en maîtrise d'ouvrage / d'œuvre, pour le compte de tiers ? (Assistance, aide au montage de dossiers, surveillance de chantier, ...)		X
B19	L'établissement a-t-il un agrément pour l'hébergement de données informatiques de santé ?		X

B20	- Biens livrés à des tiers - Si vous livrez des biens / produits à des tiers, complétez le tableau ci-dessous :	Oui	Non	Recettes € N-1 ou prévisionnel
	Repas		X	
	Prestations de blanchisserie		X	
	Médicaments		X	
	Autres biens livrés à des tiers (préciser type et recettes) :			

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire

Parcelles boisées propriété de l'établissement sur la commune de Gorze

Questionnaire assurance

B] Responsabilité Civile – Installations classées (ICPE / Loi sur l'eau / rayonnement ionisant - radiologie / imagerie) :

LEXIQUE :

ICPE : Installations Classées pour la Protection de l'Environnement (Article L511-2 Code de l'environnement)

Loi sur l'Eau : Installations Classées au titre de la Loi sur l'Eau (Article L214-1 Code de l'environnement)

D : Soumis à Déclaration

E : Soumis à Enregistrement

A : Soumis à Autorisation

Ces informations sont mentionnées dans l'Arrêté Préfectoral ou le document de l'Autorité de Sureté Nucléaire (à nous faire parvenir).

Si installation concernée, cochez la ou les cases

B21	Nom / Type	Localisation	Qualité (exploitant / non exploitant)	Capacité (blanchisserie : tonnage/an, station d'épuration : équivalents habitants, réservoir/ citernes/ cuves : volume m3)	Autres renseignements (blanchisserie : présence d'une détection incendie, réservoir/ citernes/ cuves : type de contenu, Ionisant : type de matériel)	ICPE			Loi sur l'eau			Equip. ionisants	
						Soumise à déclaration	Soumise à enregistrement	Soumise à autorisation	Soumise à déclaration	Soumise à enregistrement	Soumise à autorisation	Soumise à déclaration	Soumise à autorisation

Blanchisserie(s)

Autre(s) installation(s) classée(s) pour la protection de l'environnement

(station d'épuration, réservoirs, citernes, cuves, préparation de produits alimentaires, réfrigération, stockage alimentaire, etc...)

2 Citernes Fioul	EPDS	exploitant	35 000 litre chacune	contenu : fioul							

Installation source de rayonnements ionisants

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire