Assurance   
responsabilité et risques annexes

**Formulaire de déclaration du risque**

|  |
| --- |
| **AVERTISSEMENT**  Le présent questionnaire ne constitue pas un engagement à souscrire un contrat d'assurance et reste strictement confidentiel.  Le soussigné déclare :   * que les réponses ci-après sont à sa connaissance exactes, * avoir été informé qu'elles constituent les éléments d'appréciation du risque nécessaires à la fixation des primes et dont l'inexactitude serait susceptible de modifier les engagements de l'assureur (cf. articles du Code des assurances ci-dessous).   Le soussigné ne peut être engagé au-delà des réponses apportées à ce questionnaire.  Les assureurs peuvent demander tous renseignements complémentaires et, dès lors, reconnaissent avoir une connaissance suffisante du risque à garantir.  Article L. 113-8 du Code des assurances  *Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article*[*L. 132-26*](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073984&idArticle=LEGIARTI000006793179&dateTexte=&categorieLien=cid)*, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.*  *Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.*  Article L113-9 du Code des assurances  *L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.*  *Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.*  *Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.* |

Nom et adresse du souscripteur :

|  |
| --- |
| EHPAD Saint Joseph – 13 rue de la croix de pierre – 70360 SCEY SUR SAONE |

# Renseignements généraux

## Souscripteur - assuré(s)

Les activités de certaines associations doivent-elles être assurées par le présent contrat ?

OUI / NON

Si OUI, indiquer lesquelles et préciser leur activité.

|  |
| --- |
|  |

## Données chiffrées générales

|  |  |
| --- | --- |
| Effectif total, tous personnels et statuts confondus, y compris personnels contractuels et médecins | 52 |
| Montant en € des produits pour l'année en cours figurant dans la projection annuelle du premier suivi quadrimestriel de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (volet 2) sur les comptes de résultats prévisionnels principal et annexes. |  |
| Nombre de membres du conseil de surveillance et de directoire | conseil administration 12 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Montant en € des traitements annuels du personnel hors charges sociales,  budget principal et budgets annexes (comptes 641 et 642) | | |
| N-2 | N-1 | Prévisionnel N (année en cours) |
| 1 750 738.01 | 1 751 854.42 | 2 047 276 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Montant en € des dépenses d'exploitation classe 6 y compris budgets annexes  hors remboursement des budgets annexes | | |
| N-2 | N-1 | Prévisionnel N (année en cours) |
| 3 746 606.10 | 3 626 611.72 | 3 693 416 |

## Répartition des lits et de l’effectif

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Désignation | Nombre de lits | Effectif médical |
| Endocrinologie - Nutrition |  |  |
| Médecine générale |  |  |
| Pneumologie - Phtisiologie |  |  |
| Neurologie |  |  |
| Gastro-entérologie |  |  |
| Cardiologie |  |  |
| Néphrologie - Hémodialyse |  |  |
| Pédiatrie |  |  |
| Prématuré |  |  |
| Réanimation |  |  |
| Chirurgie - Traumatologie |  |  |
| Chirurgie - Urologie |  |  |
| Chirurgie générale |  |  |
| Spécialités ORL, OPH et Stomatologie |  |  |
| Convalescents |  |  |
| Rééducation - Réadaptation |  |  |
| Gynécologie - Obstétrique |  |  |
| Psychiatrie |  |  |
| Hébergement long séjour |  |  |
| Autres (à préciser) : EHPAD | 65 | 65 |

## Composition du personnel

### **Personnel** médical

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de médecins à temps plein |  |
| Nombre de médecins à temps partiel | 0.5 |
| Nombres d’internes et étudiants ayant fonction d’internes |  |
| Nombre de personnels infirmiers en équivalent temps plein | 6 |

### Personnel non médical

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Titulaires et stagiaires | Contractuels et auxiliaires |
| Personnel de direction | 0.27 |  |
| Personnel administratif | 2 |  |
| Personnel des services médicaux | 27.5 | 9 |
| Personnel des services sociaux |  |  |
| Personnel des pharmacies |  |  |
| Personnel des budgets annexes |  |  |
| Personnel des écoles |  |  |
| Personnel SAMU - SMUR |  |  |
| Autres (à préciser) : personnel technique | 5 | 1 |
| TOTAL | 34.77 | 10 |

## Activités

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre total de lits | 65 |
| Nombre de journées d'hospitalisation |  |
| Nombre de journées d'hébergement | 23 691 (théorie 23725) |
| Nombre de naissances de l'exercice précédent |  |

Le souscripteur est-il amené à exercer des activités de prévention, de diagnostic, des actes médicaux et/ou de soins aux Etats-Unis et/ou au Canada ?

OUI / NON

Si OUI, décrire ci-après les activités et/ou les actes réalisés.

|  |
| --- |
|  |

Le personnel médical et/ou les agents hospitaliers du souscripteur sont-ils susceptibles d’effectuer des études, missions, stages, accompagnements, séminaires aux Etats-Unis et/ou au Canada ?

OUI / NON

Le souscripteur est-il un centre de référence :

|  |  |
| --- | --- |
| Pour les naissances ? | OUI / NON |
| Pour la traumatologie à haut risque ? | OUI / NON |

Présence 24h/24 ou disponibilité au centre hospitalier dans les 30 minutes :

|  |  |
| --- | --- |
| D'un anesthésiste ? | OUI / NON |
| D'un obstétricien ? | OUI / NON |

# Responsabilité du fait des biens

## Immeubles

Donner le nom et les coordonnées de l’établissement principal.

|  |
| --- |
| EHPAD Saint Joseph  13 rue de la croix de pierre  70360 Scey sur Saône |

Donner le nom et les coordonnées des établissements secondaires (par exemple IME, ESAT, EHPAD, foyer de vie etc.).

|  |
| --- |
| Ex FPA  15 rue de la croix de pierre  70360 Scey sur Saône |

**Transmettre les avis de la commission de sécurité**.

Surface totale des immeubles dont le souscripteur est propriétaire ou qu'il occupe à quelque titre que ce soit :

3 569 m2

## Biens spécifiques

Le souscripteur possède-t-il des drones ?

OUI / NON

Si oui, donner le descriptif de ces matériels.

|  |
| --- |
|  |

# Responsabilité du fait des activités

## Activités médicales

### Maternité

**Concerné / non concerné**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de berceaux : |  |
| Taux d’occupation sur le dernier exercice en % : |  |

Existe-t-il une unité de soins intensifs néonatale ?

OUI / NON

Si OUI donner le détail de ses activités.

|  |
| --- |
|  |

### Produits pharmaceutiques

Le souscripteur procède-t-il à la préparation de produits pharmaceutiques ?

OUI / NON

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Si OUI préciser | | |
| Pour son usage propre à l'intérieur de l'établissement | Pour son usage au profit de ses patients hors de l'établissement | Pour la commercialisation ou la vente à des tiers |
| OUI / NON | OUI / NON | OUI / NON |

Indiquer de manière sommaire les types de préparations pharmaceutiques.

|  |
| --- |
|  |

### Activité psychiatrique

Existe-t-il un secteur psychiatrique ?

OUI / NON

Si OUI, compléter le tableau ci-après.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de lits : |  |
| Nombre de patients sur le dernier exercice : |  |

### SAMU - SMUR

Existe-t-il un SAMU ou un SMUR ?

OUI / NON

Si OUI, compléter le tableau ci-après.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Effectif : | |  |
| Nombre total d'équipes et nombre d'équipes simultanément en service : | |  |
| Composition de chaque équipe (nombre de personnes et fonction) : | | |
|  | | |
| Nombre d'heures d'intervention : | |  |
| Budget du dernier exercice en € : | |  |
| Nombre de véhicules utilisés : | |  |
| Des moyens aériens sont-ils utilisés ? | | OUI / NON |
| Si OUI lesquels ? |  | |

## Services informatiques

Le souscripteur dispose-t-il de services informatiques ?

OUI / NON

Si OUI, exécutent-ils des prestations pour le compte de tiers ?

OUI / NON

|  |  |
| --- | --- |
| Pour le compte d'entreprises industrielles ou commerciales | OUI / NON |
| Pour le compte d'autres collectivités ou établissements publics | OUI / NON |
| Montant des recettes annuelles en € : |  |

## Autres activités

### Gérance de tutelle

Le souscripteur exerce-t-il une gérance de tutelle ?

OUI / NON

Si OUI, compléter le tableau ci-après.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de personnes sous tutelle : |  |
| Montant des actifs gérés en € : |  |

### Formation

Existe-t-il des activités de formation ?

OUI / NON

Si OUI, compléter le tableau ci-après.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IFSI | OUI / NON | Si OUI nombre d’élèves |  |
| Institut de formation des aides-soignants | OUI / NON | Si OUI nombre d’élèves |  |
| Ecole de sages-femmes | OUI / NON | Si OUI nombre d’élèves |  |
| Ecole d’infirmiers anesthésistes | OUI / NON | Si OUI nombre d’élèves |  |
| Ecole d’infirmiers de bloc opératoire | OUI / NON | Si OUI nombre d’élèves |  |
| Ecole de puéricultrices | OUI / NON | Si OUI nombre d’élèves |  |
| Ecole d’ambulanciers | OUI / NON | Si OUI nombre d’élèves |  |
| Institut de formation des manipulateurs d’électroradiologie | OUI / NON | Si OUI nombre d’élèves |  |
| Cadres de santé | OUI / NON | Si OUI nombre d’élèves |  |
| Autres | OUI / NON | Si OUI nombre d’élèves |  |

### Prestations de services techniques

Compléter le tableau ci-après concernant les prestations techniques réalisées pour le compte de tiers.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | SI OUI | |
|  |  | Organismes concernés | Chiffre d’affaires en € |
| Blanchisserie | OUI / NON |  |  |
| Cuisine - cantine | OUI / NON |  |  |
| Laboratoire | OUI / NON |  |  |
| Stérilisation | OUI / NON |  |  |
| Autre | OUI / NON |  |  |

### Assurance pour le compte de certaines personnes physiques

Préciser dans le tableau ci-après si l’assurance doit être souscrite pour le compte de divers patients, pensionnaires ou personnes bénéficiant d'activités thérapeutiques particulières.

A ce jour, la RC de l’établissement couvre également les résidents de l’établissement, sous réserve que ces derniers ne possèdent plus de biens extérieurs. Dans le cas contraire, les résidents conservent leurs assurances personnelles.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pensionnaires des maisons de retraite EHPAD, foyers-logement ou autres | OUI / NON | Si OUI nombre | 55 |
| Placements familiaux surveillés de personnes souffrant de troubles mentaux | OUI / NON | Si OUI nombre |  |
| Placements familiaux thérapeutiques d'enfants | OUI / NON | Si OUI nombre |  |
| Placements de toxicomanes | OUI / NON | Si OUI nombre |  |
| Personnes sous mesure de sauvegarde, tutelle ou curatelle juridique de l’établissement | OUI / NON | Si OUI nombre |  |
| Résidents ou patients de l'établissement sous tutelles, curatelles ou mesure de sauvegarde | OUI / NON | Si OUI nombre | 10 |

# Risques spécifiques

## Destruction des déchets hospitaliers

Le souscripteur procède-t-il lui-même à la destruction des déchets hospitaliers ?

OUI / NON

Si OUI, en préciser ci-après les modalités.

|  |
| --- |
|  |

L'établissement procède-t-il à la destruction des déchets pour le compte de tiers ?

OUI / NON

Si OUI, préciser lesquels.

|  |
| --- |
|  |

## Installations classées

Existe-t-il des installations classées fixes relevant des articles L. 511-1 et suivants du Code de l’environnement ? (par exemple déchets, assainissement, ateliers de réparation et d’entretien de véhicules, stockage ou distribution d'hydrocarbures, installations de chauffage par géothermie haute température, etc.)

OUI / NON

Certaines de ces installations sont-elles soumises à déclaration ou enregistrement ?

OUI / NON

Si OUI, lister toutes les installations dont le souscripteur est propriétaire exploitant.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nature / désignation | Adresse | Régime |
|  |  | Déclaration / Enregistrement |
|  |  | Déclaration / Enregistrement |
|  |  | Déclaration / Enregistrement |

ainsi que toutes les installations dont le souscripteur est propriétaire non exploitant.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nature / désignation | Adresse | Régime |
|  |  | Déclaration / Enregistrement |
|  |  | Déclaration / Enregistrement |
|  |  | Déclaration / Enregistrement |

En cas de gestion déléguée, **joindre la clause assurance de la convention ou du contrat.**

Certaines de ces installations sont-elles soumises à autorisation préfectorale ?

OUI / NON

**Si OUI, questionnaire complémentaire à renseigner.**

## Rayonnements ionisants

Le souscripteur possède-t-il ou utilise-t-il des sources de rayonnements ionisants ?

Matériel de sondage des sols (gammadensimètre), matériel de radiologie, etc.

OUI / NON

Si OUI, certaines de ces sources nécessitent-elles une autorisation de l'Autorité de Sûreté Nucléaire ?

OUI / NON

**Si OUI, questionnaire complémentaire à demander à la Société PROTECTAS.**

## Construction

### Maîtrise d’ouvrage

Préciser la nature et le montant du chantier le plus important réalisé au cours des 3 dernières années.

|  |
| --- |
|  |

### Réalisation de travaux

Les services du souscripteur réalisent-ils des travaux relevant du champ décennal pour le compte de tiers ?

OUI / NON

**Si le souscripteur réalise des travaux pour le compte de tiers, questionnaire complémentaire à renseigner.**

# Autres informations éventuelles

|  |
| --- |
|  |