Assurance   
dommages aux biens 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 ALFRED DORNIER |

# Les bâtiments et leur contenu

## Informations générales

Compléter le tableau ci-après.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Surface totale à assurer en m2 [+ d’infos](https://portail.protectas.fr/moovapps/easysite/workplace/question?q=uri://vdoc/resource/1124) | 7000 | **Compléter le fichier Excel**  [+ d’infos](https://portail.protectas.fr/moovapps/easysite/workplace/question?q=uri://vdoc/resource/1125" \o "Cliquer ici pour plus d'informations sur les bâtiments qui doivent figurer dans la liste des bâtiments.) |
| Expertise préalable [+ d’infos](https://portail.protectas.fr/moovapps/easysite/workplace/question?q=uri://vdoc/resource/4498) | NON | Si OUI, **à joindre** |
| Monuments historiques | NON | Si OUI, **liste à joindre** |
| Œuvres d’art et collections | NON | Si OUI, **liste à joindre** |

## Mesures de sécurisation des bâtiments et installations

### Informations générales

Compléter le tableau ci-après.

| Bâtiment | Détecteur de fumées | | Désenfumage automatique | Type de protection | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Couloirs | Chambres | Sprinkler | Extincteur | RIA |
| EHPAD | OUI | OUI | OUI | NON | OUI | NON |
| ATELIER | NON | NON | NON | NON | OUI | NON |
| BUANDERIE | NON | NON | NON | NON | OUI | NON |

### Portes coupe-feu

Existe-t-il des portes coupe-feu ?

OUI

Si OUI, préciser dans quels bâtiments.

|  |
| --- |
| EHPAD |

Si OUI, ces portes coupe-feu sont-elles :

| Bâtiment | Manuelles ? | Asservies aux détecteurs d'incendie ? | Asservies à des fusibles ? |
| --- | --- | --- | --- |
| EHPAD | NON | OUI | NON |
|  | OUI / NON | OUI / NON | OUI / NON |
|  | OUI / NON | OUI / NON | OUI / NON |

### Sécurité interne

Compléter le tableau ci-après.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Equipe de sécurité incendie interne | Report d'alarme incendie à un poste de surveillance permanent | Système de permis de feu instauré au sein de l'établissement | Nombre minimum d'agents dans l'établissement (nuit, week-end, pont …) |
| NON | OUI | NON | 2 |

### Brigade de sapeur-pompiers

Compléter le tableau ci-après.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Localité et distance de la BSP la plus proche | L'établissement est-il répertorié à la BSP ? | Existe-t-il un Plan d'Opération Interne établi par la BSP pour l'Etablissement ? |
| DAMPIERRE SUR SALON | OUI | JE NE SAIS PAS |

### Autres informations

Nom de l'organisme de contrôle des matériels de sécurité incendie et fréquence des visites :

|  |
| --- |
| APAVE / SICCLI |

Nom de l'organisme de contrôle des matériels électriques et fréquence des visites :

|  |
| --- |
|  |

L’établissement comporte-t-il du plancher bois ? :

NON

Si OUI, préciser surface et adresse des bâtiments concernés.

|  |
| --- |
|  |

**Joindre au questionnaire le plan des sites ainsi que le dernier avis de la Commission de Sécurité.**

## Panneaux solaires

Existe-t-il des panneaux solaires posés au sol ?

NON

Si oui, compléter le tableau ci-après.

| Adresse | Type de matériel | Surface m2 de l’installation | Valeur € de l’installation | Puissance KVA de l’installation | Chiffre d’affaires € |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Existe-t-il des panneaux solaires en toiture appartenant au souscripteur ?

NON

Si oui, compléter le tableau ci-après.

| Adresse | Type de matériel | Surface m2 de l’installation | Valeur € de l’installation | Puissance KVA de l’installation | Chiffre d’affaires € |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Existe-t-il des panneaux solaires en toiture n’appartenant pas au souscripteur ?

NON

Si oui, compléter le tableau ci-après.

| Adresse | Type de matériel | Surface m2 de l’installation | Valeur € de l’installation | Puissance KVA de l’installation | Chiffre d’affaires € |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Joindre les conventions passées avec les propriétaires des panneaux.**

## Bâtiments spécifiques

Le souscripteur possède-t-il et/ou occupe-t-il les bâtiments suivants ?

|  |  |
| --- | --- |
| Chaufferies | OUI |
| Installations de production d’électricité (hors panneaux solaires) / gaz | OUI GROUPE ELC |
| Parkings souterrains ou aériens (bâtiments) de plus de 20 000 m² | NON |
| Immeubles de Grande Hauteur [+ d’infos](https://portail.protectas.fr/moovapps/easysite/workplace/question?q=uri://vdoc/resource/4491) | NON |
| Chapiteaux fixes d’une valeur supérieure à 1 500 000 € | NON |

En cas de réponse positive à l’une des questions ci-dessus, **compléter le fichier Excel.**

# Installations diverses

Le souscripteur possède-t-il et/ou exploite-t-il les biens suivants ?

|  |  |
| --- | --- |
| Incinération de déchets | NON |
| Cheminées industrielles | NON |
| Silos, cuves, réservoirs, citernes | OUI |

En cas de réponse positive à l’une des questions ci-dessus, **joindre un descriptif.**

# Les autres biens extérieurs

Nombre approximatif (ou fourchette) de :

|  |  |
| --- | --- |
| Kiosques |  |
| Fontaines |  |
| Statues |  |

# Autres informations

## Rayonnements ionisants

L'établissement utilise-t-il des sources de rayonnements ionisants ou radio-isotopes ?

NON

## Chambres froides

Valeur approximative du contenu des chambres froides (en particulier la pharmacie, les poches de sang etc.) :

|  |
| --- |
|  |

## Blanchisserie

Existe-t-il une blanchisserie ?

OUI /

Si OUI, indiquer les informations suivantes.

|  |  |
| --- | --- |
| Superficie en m2 : | 90 |
| Capacité (nombre de tonnes de ligne traitées par jour) : | 200 KG |
| Détection incendie | OUI |

## Inondations

L’établissement est-il situé en zone inondable ?

NON

Si OUI, lister les bâtiments concernés avec surface et adresse.

|  |
| --- |
|  |

## Vélos à assistance électrique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Le souscripteur possède-t-il des VAE ? | NON | Si oui nombre : |  |

## Sapeurs-pompiers volontaires

Nombre de préposés du souscripteur ayant la qualité de sapeurs-pompiers volontaires :

personnes

## Renonciations à recours

### Au bénéfice du souscripteur

Existe-t-il des conventions de renonciation à recours dans les baux (ou conventions de mise à disposition) passées par le souscripteur pour des locaux dont il est locataire ou occupant ?

NON

Existe-t-il des conventions de renonciation à recours dans les baux (ou conventions de mise à disposition) passées par le souscripteur pour des locaux dont il est propriétaire ?

NON

En cas de réponse positive à l’une des deux questions ci-avant, **joindre la liste des bâtiments concernés**.

### Accordées par le souscripteur

Existe-t-il des conventions de renonciation à recours dans les baux (ou conventions de mise à disposition) passées par le souscripteur pour des locaux dont il est locataire ou occupant ?

NON

Existe-t-il des conventions de renonciation à recours dans les baux (ou conventions de mise à disposition) passées par le souscripteur pour des locaux dont il est propriétaire ?

NON

En cas de réponse positive à l’une des deux questions ci-avant, **joindre la liste des bâtiments concernés**.

En cas de réponse positive à la question ci-avant, **préciser le nom et la qualité des occupants ainsi que la nature de l’activité exercée**.

Dans les deux cas, **joindre les conventions ou baux concernés.**

## Autres informations que le souscripteur souhaite porter à la connaissance de l’assureur

|  |
| --- |
|  |