Assurance   
protection juridique personne morale

**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 JEAN MICHEL |

# 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 | 70 |
| 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 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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) |
| 2 060 185 | 2 319 045 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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) |
| 500 049 | 492 389 |  |

## 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 | 82 |  |

## Activités

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre total de lits | 82 |
| Nombre de journées d'hospitalisation |  |
| Nombre de journées d'hébergement |  |
| Nombre de naissances de l'exercice précédent |  |

# Précisions concernant les activités

## Généralités

Indiquer ci-après les principales activités exercées par le souscripteur.

|  |
| --- |
| EHPAD |

**Joindre le dernier rapport d’activités**.

Indiquer ci-après les principaux contentieux non indemnitaires survenus au cours des 3 dernières années.

|  |
| --- |
|  |

## Maîtrise d’ouvrage

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

|  |
| --- |
|  |

## Autres informations éventuelles

|  |
| --- |
|  |