Assurance individuelle accident

**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 :

|  |
| --- |
| **Centre Hospitalier Universitaire de Reims**  **45, rue Cognacq-Jay**  **51100 REIMS** |

Indiquer ci-après les personnes pour lesquelles l’assurance est souhaitée et le nombre de personnes concernées le cas échéant.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de membres du conseil de surveillance et de directoire | **19** |
| Nombre de membres du directoire élargi | **25** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IFCS - Institut de Formation des Cadres de Santé | **OUI** | **Nombre d’élèves** | **40** |
| IFMEM - Institut de Formation des Manipulateurs en Electroradiologie Médicale | **OUI** | **Nombre d’élèves** | **93** |
| IFSI - Institut de Formation en Soins Infirmiers | **OUI** | **Nombre d’élèves** | **570** |
| EIADE - Ecole d’Infirmiers Anesthésistes Diplômés d’Etat | **OUI** | **Nombre d’élèves** | **50** |
| Département Maïeutique  **(Anciennement Ecole de Sage-Femme : attention, le département dépend administrativement et juridiquement de l’URCA mais il occupe encore nos locaux)** | **OUI** | **Nombre d’élèves** | **136** |
| IFAS - Institut de Formation d’Aides-Soignants | **OUI** | **Nombre d’élèves** | **100** |
| EP - Ecole de Puéricultrices | **OUI** | **Nombre d’élèves** | **25** |
| IFAP - Institut de Formation des Auxiliaires de Puériculture | **OUI** | **Nombre d’élèves** | **55** |
| EIBODE - Ecole d’Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d’Etat | **OUI** | **Nombre d’élèves** | **50** |
| IFMK - Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie | **OUI** | **Nombre d’élèves** | **164** |
| IFA - Institut de Formation des Ambulanciers | **OUI** | **Nombre d’élèves** | **40** |
| CFARM – Centre d’Enseignement des Assistants de Régulation Médicale | **OUI** | **Nombre d’élèves** | **30** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Equipes SMUR / SAMU** | **OUI** |
| Nombre de personnes concernées sur le dernier exercice en ETP | **2024 : 69,28 ETP PM + PNM pour le SAMU + le SMUR**  **Uniquement le SMUR : 38 ETP PM et PNM** |
| Nombre d'équipes simultanément en service | **2 équipes SMUR simultanément** |
| Indiquer ci-après la composition de chaque équipe (nombre de personnes et fonction) | |
| **Equipe SMUR 1 : 1 médecin, 1 IADE, 1 ambulancier**  **Equipe SMUR 2 : 1 médecin, 1 IDE, 1 ambulancier** | |
| **Utilisation de moyens aériens** | **OUI** |
| Si OUI préciser lesquels ci-après. | |
| **Hélicoptère** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Personnes en charge de prélèvements d'organes, moelle osseuse, sang ou tissus - transport de médicaments** | **OUI** |
| Nombre de personnes concernées sur le dernier exercice en ETP | **3,5** |
| Nombre total d'équipes | **1** |
| Nombre d'équipes simultanément en service | **variable** |
| Indiquer ci-après la composition de chaque équipe (nombre de personnes et fonction) | |
| **variable** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Personnes envoyées par l'établissement en mission humanitaire ou à des opérations de secours aux victimes de catastrophes technologiques, humanitaires ou naturelles ou en cas de crise sanitaire** | **NON** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Personnes affectées à des missions en secteur pénitentiaire** | **OUI** |
| Nombre de personnes concernées sur le dernier exercice en ETP | **4** |
| Nombre de personnes simultanément en service | **3 ou 4 selon les jours**  **1 le week-end** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Autres personnes** | **NON** |