

## Questionnaire Assurances

### Dommages aux Biens pour les Etablissements Publics de Santé

Nom de l'Etablissement :	<b>IFPS</b>		
Adresse :	23 RUE PASTEUR 47300 VILLENEUVE SUR LOT		
Téléphone :	<b>0553722323</b>	Courriel :	<b>secretariat.dg@poledesanteduvilleneuveois.fr</b>
N° SIRET :	<b>26470243200107</b>		

Nom du Responsable des Assurances :	<b>BERNARD SANDRINE Directeur par intérim</b>		
Téléphone :	<b>0553722323</b>	Courriel :	<b>secretariat.dg@poledesanteduvilleneuveois.fr</b>
Nom du Responsable des Services Techniques :	<b>Samuel GOUBIES</b>		
Téléphone :	<b>0553722210</b>	Courriel :	<b>Secretariat.DST-PSV@poledesanteduvilleneuveois.fr</b>

Le contrat d'assurance de **Dommages aux biens et Risques Annexes** sera établi sur la base déclarative du présent questionnaire complété par l'Etablissement. Chaque **assureur peut demander toutes précisions ou renseignements complémentaires qu'il désire et dès lors, il reconnaît avoir une connaissance suffisante des risques à garantir.**

### ÉTAT DU PATRIMOINE IMMOBILIER

Surface développée totale du ou des bâtiments à assurer : **4 546 M2**

On entend par surface développée, la surface au sol de chaque bâtiment calculé à l'extérieur des murs et multiplié par le nombre de niveaux, exception faite des parties en sous-sols ou les greniers non utilisés qui doivent être comptés pour moitié de leur superficie.

**IMPORTANT : Un tableau « ÉTAT DES SURFACES » est joint à ce questionnaire. Vous devez impérativement compléter ce tableau de la façon la plus complète possible. À défaut, vous pouvez remplacer le tableau par vos propres documents. Toutefois, vous devez nous communiquer les surfaces, l'usage du bâtiment (M.C.O., hébergement, administratif, atelier, logement de fonction...) votre qualité (propriétaire, propriétaire non occupant, locataire...) et le nombre de lits et places par bâtiment.**

	OUI	NON
L'Établissement comporte-t-il <b>des planchers bois</b> ?		X
Si OUI : Superficie : De quel(s) bâtiment(s) s'agit-il ? : Adresse du ou des bâtiments :		
Avez-vous un bâtiment ou partie de <b>bâtiment classé ou inscrit à l'inventaire des monuments historique</b> ? Si OUI : joindre justificatif		X
Si oui lequel ? : Quelle est sa surface ? : Adresse du ou des bâtiments :		
Avez-vous des <b>bâtiments désaffectés, inoccupé ou destinés à la démolition</b> ?	X	
Si oui préciser la nature (désaffectés ou inoccupé ou destinés à la démolition) ? : INOCCUPE De quel(s) bâtiment(s) s'agit-il ? : DIFFERENTES NIVEAUX ET ZONES 1058 M2 Adresse du ou des bâtiments : 23 RUE PASTEUR <b>Quels sont les mesures de précaution contre le SQUAT</b> ? (Ex : portes fermées à clef, fenêtres munies de volets ou de barreaux, société de gardiennage, surveillance régulière) :		
Avez-vous des bâtiments au titre de votre <b>Dotation Non affectée</b> ?		X
<b>Si OUI : Superficie</b> des bâtiments relevant de votre D.N.A. : _____ M2 Adresse du site : Nature de cette <b>DNA</b> : Château – Ferme agricole – Maison Individuelle – Prairies – Bois. Autre : Préciser :		
Avez-vous des <b>Véranda, Serres de Jardin</b> ? <b>Si OUI : Superficie</b> : _____ M2		X
L'Établissement possède-t-il des <b>Panneaux Photovoltaïques</b> ? <b>Si OUI : Superficie</b> des panneaux photovoltaïques : _____ M2		X
L'Établissement dispose-t-il de chapiteaux ou de structures légères (tente, barnum...) ?		X
L'Établissement possède-t-il des œuvres d'art et collections ? <b>Si OUI : joindre la liste et les valeurs et Préciser leur lieu de stockage :</b>		X
L'Établissement dispose-t-il d'une <b>blanchisserie</b> ? <b>Si OUI : Superficie</b> : _____ M2		X
Conformément à la <b>réglementation des ICPE</b> (Installations Classées pour la Protection de l'Environnement), votre Blanchisserie est-elle soumise à :		
<b>Enregistrement</b> (Traitement Supérieur à 5 T/Jrs) :		X
<b>Déclaration</b> (Traitement Supérieur à 500 Kg et Inférieur à 5 T/Jrs)		X
<b>Non classée</b>		X
<b>Précisez l'emplacement du bâtiment ou du local de la blanchisserie :</b> S'agit-il d'un bâtiment isolé – Intégré dans un Bâtiment (si OUI : Lequel) : Tonnage journalier de traitement de linge : ____ Tonne(s) / Jour		
Existe-t 'il des bacs de rétention sous les produits lessiviels ?		X
Existe-t 'il des contrôles des eaux (Ph, température bassin de décantation)		X

### **GARANTIE CONTENU EN CHAMBRES FROIDES**

Indiquer la valeur maximale détenue en chambre froide, réfrigérateurs (Aliments, médicaments, etc.) :		
Produits alimentaires		€
Pharmacie		€
	OUI	NON
Les chambres froides sont-elles sous alarme sonore lors d'une panne électrique ou lors de variation de température ?		

### **BRIS DE MACHINE**

Installations générales et techniques : matériel médical, groupes électrogènes etc .....

Quelle est la valeur du matériel le plus cher et sa date d'achat : ____/____/____	€
De quel type de matériel s'agit-il :	

	OUI	NON
Les matériels de moins de 5 ans disposent-ils de contrats de maintenance ? Si OUI : Type de maintenance :		
PREVENTIVE (Contrôles réguliers de vos équipements)		
CURATIVE (Elle permet la prise en charge de toutes les interventions résultant d'un arrêt du matériel nécessitant le remplacement d'une pièce détachée).		
PREVENTIVE et CURATIVE		

### **TOUS RISQUES INFORMATIQUES**

Équipements Informatiques : serveur, ordinateurs, autocommutateur, onduleurs...

Quelle est la valeur du matériel le plus cher et sa date d'achat : ____/____/____	0€
De quel type de matériel s'agit-il : baies de brassage	

	OUI	NON
Les matériels de moins de 3 ans disposent-ils de contrats de maintenance Informatique ? Si OUI : Type de maintenance :	X	
PREVENTIVE (Sauvegarde des données, suivi des antivirus et de la sécurité informatique, paramétrage des logiciels...)	X	
CORRECTIVE (Réparations, récupérations des données, réinstallation, dépannage informatique...)	X	
EVOLUTIVE (Mise à jour des matériels, logiciels et outils informatiques pour garantir un fonctionnement optimal de votre système informatique)	X	

## PRÉVENTION DES RISQUES

	OUI	NON
L'Établissement dispose-t-il d'une équipe de sécurité-incendie interne ?		X
<b>Si OUI :</b> Préciser le nombre d'Agents composant cette équipe de sécurité : <b>S.S.I.A.P. 1 :</b> 0 - <b>S.S.I.A.P. 2 :</b> 0 - <b>S.S.I.A.P. 3 :</b> 1		
Nombre d'agents de l'Établissement ayant la qualité de « sapeurs-pompiers volontaires » ? (NB : ce renseignement permet de bénéficier de l'abattement tarifaire prévu par l'article 9 de la loi N°96-370 du 3 mai 1996).	0 Agents	
Nombre d'Agents d'astreinte dans l'Établissement (nuit, week-end,) ?	1	
Existe-t-il un report d'alarme à un poste de surveillant permanent ? PC SECURITE ?	X	
<b>L'INTERDICTION DE FUMER</b> est-elle bien appliquée dans votre Établissement ?	X	
Un Permis de Feu est-il établi au sein de l'Établissement ? <b>Le PERMIS DE FEU</b> est un Plan de Prévention écrit pour chaque travail par points chauds (coupage, meulage, soudage...).	X	
L'Établissement est-il répertorié à la Brigade des Sapeur-Pompier ?	X	
Existe-t-il un Plan d'Opération interne établi par la BSP pour l'Établissement ?		X
Distance de la Brigade des Sapeurs-Pompiers la plus proche :	2 Kms	
<b>L'Établissement dispose-t-il de moyens de PREVENTION contre le VOL ?</b>	X	
Alarme particulière ? <b>Si OUI sur quels bâtiments le bâtiment avec alarme reliée au PC SECURITE DU POLE DE SANTE DU VILLENEUVOIS</b> <b>Vidéosurveillance ? Préciser le site sous vidéosurveillance</b>	X	
Existe-t-il des sites, des bâtiments ou locaux en zone inondable ? <b>Si oui, lesquels :</b> <b>Préciser également si des dispositions ont été prises pour limiter ce risque ?</b>		X
Avez-vous réalisé une recherche par adresse de votre exposition aux risques naturels ? (Inondation – Mouvement de terrain – Tempête – Ouragan, Cyclone, Tornade, Grêle – Séisme – Feux de forêts – Éruptions Volcaniques).		X
Certains de vos bâtiments ont-ils déjà subi des sinistres en lien avec ces risques naturels ? <b>Préciser quels risques :</b>		X
<b>Vos bâtiments ont-ils subi des sinistres classés CATASTROPHE NATURELLE ?</b> <b>Si OUI : préciser les dommages subis et leur coût du sinistre :</b> Dommages subis : Montant sinistres (si connu) :		X
Dans l'affirmative quels types de bâtiments ou de structures ont subi des dommages ? (Installation électriques principale – Groupe Électrogène – Service des Urgences – Blocs Opératoires – Parkings...) Préciser :		
À l'issue des évènements, la Commune et/ou la Préfecture ont-ils réalisé des travaux de Prévention des Risques ?		

## AVIS DE LA COMMISSION DE SÉCURITÉ

	OUI	NON
Existe-t-il un ou plusieurs bâtiments ayant reçu un <b>AVIS DÉFAVORABLE</b> suite à la dernière visite de la Commission de Sécurité. <b>Joindre la copie de l'avis de la commission de sécurité que l'avis soit FAVORABLE ou DÉFAVORABLE.</b>		<b>X</b>
<b>Si réponse affirmative, préciser les dispositions prises par l'Établissement pour diminuer voire éliminer le risque :</b>		

Synthèse des Commissions de Sécurité – <b>SI POSSIBLE</b>							
N° Registre	Bâtiment	Type du bâtiment	Catégorie du bâtiment	Nbr de Lits	Effectif Théorique	Effectif Total	Dernier avis de la Commission

## CONTRÔLES ET VÉRIFICATIONS – SÉCURITÉ INCENDIE

Les règles APSAD sont des référentiels techniques reconnus et parfois exigés par les Compagnies d'Assurance qui concernent :

- \* L'installation des équipements et systèmes de sécurité,
- \* L'organisation des services de sécurité,
- \* La protection externe de l'Établissement,
- \* La construction des bâtiments.

Votre Établissement dispose-t-il de ces comptes-rendus de vérifications ?

Règle APSAD	DESCRIPTIF	Compte rendu de vérification	OUI	NON	Certificat de Conformité	OUI	NON
R1	Extinction automatique à eau, type sprinkler	N1			Q1		
R2	Extinction automatique à halon	N2			Q2		
R3	Extinction automatique à CO2	N3			Q3		
R4	Extincteurs mobiles	N4	<b>X</b>		Q4	<b>X</b>	
R5	Robinets d'incendie armés RIA	N5			Q5		
R6	Règles d'organisation d'un service de sécurité incendie	N6			Q6		
R7	Installation de détection automatique d'incendie	N7			Q7		
R8	Organisation de la surveillance des risques d'entreprise	N8			Q8		
R9	Installation de rideaux d'eau	N9			Q9		
R12	Installation d'extinction automatique à mousse	N12			Q12		
R13	Installation d'extinction automatique à gaz	N13			Q13		
R15	Ouvrages séparatifs coupe-feu (mur séparatif coupe-feu/ordinaires/compartiment à l'épreuve du feu)	N15			Q15		
R16	Installation de fermetures coupe-feu	N16			Q16		
R17	Installation d'exutoires de fumées et de chaleur	N17	<b>X</b>		Q17	<b>X</b>	
R18	Installations électriques contrôlées par vérificateur agréé	N18	<b>X</b>		Q18	<b>X</b>	
R19	Installations électriques contrôlées par thermographie Infrarouge	N19			Q19		
R31	Télésurveillance vol-incendie	N31			Q31		
R81	Installation de détection d'intrusion	N81	<b>X</b>		Q81	<b>X</b>	

### **CONTRATS EN COURS**

Durant les **quatre dernières années**, l'Établissement a-t-il été titulaire d'un contrat **d'assurance** :

	OUI	NON
<b>DOMMAGES AUX BIENS</b>	X	
<b>Nom de l'Assureur : HELVETIA - SATEC</b>		
Franchise par sinistre :	90 000 €	
Autres Franchises : <b>sauf pour les bâtiments inoccupés : 500 000 €</b>	500 000 €	

	OUI	NON
<b>BRIS DE MACHINES ET TOUS RISQUES INFORMATIQUES</b>		
<b>Nom de l'Assureur : HELVETIA - SATEC</b>		
Franchise par sinistre en BRIS DE MACHINES :	90 000 €	
Franchise par sinistre en RISQUES INFORMATIQUES :	90 000 €	

	OUI	NON
<b>PERTES D'EXPLOITATION</b>		
<b>Nom de l'Assureur : HELVETIA - SATEC</b>		
Franchise par sinistre :	7 Jours	
Franchise au titre des Frais Supplémentaires :	Jours	

	OUI	NON
<b>CYBER-RISQUES</b>		
<b>Nom de l'Assureur :</b>		
Franchise par sinistre :	€	

Fait à  
Le 06/03/2025