

Questionnaire Assurances

Responsabilité Civile, Protection Juridique, Accident Corporel, pour les Etablissements Publics de Santé

Nom de l'Etablissement :	CH LA VALETTE		
Adresse :	Route de Bussière Dunoise – 23320 SAINT VAURY		
Téléphone :	05 55 51 77 00	Courriel :	direction@ch-st-vaury.fr
N° SIRET :	26232470000018		
Nom du Responsable des Assurances :	Guinard Pascal		
Téléphone :	05 55 51 77 08	Courriel :	pguinard@ch-st-vaury.fr

Le contrat d'assurance de **Responsabilité Civile et Risques Annexes, Protection Juridique et Accident Corporels** seront établis sur la base déclarative du présent questionnaire complété par l'Etablissement. Chaque **assureur peut demander toutes précisions ou renseignements complémentaires qu'il désire. Il reconnaît avoir une connaissance suffisante des risques à assurer.**

ÉLÉMENTS A JOINDRE AU PRÉSENT QUESTIONNAIRE

POUR LE CONTRAT RESPONSABILITÉ CIVILE :

Copie de la lettre de résiliation et l'accusé de réception signé par l'assureur
Statistiques Sinistres sur les 5 dernières années fournies par l'assureur
Conditions Particulières et avenants du contrat en cours
Quittance de prime 2025 (à défaut 2024)
Primes payées par l'Établissement sur les 4 dernières années
PLUS les documents suivants :
Listes des Sinistres supérieurs à **20 000 €**

POUR LE CONTRAT PROTECTION JURIDIQUE :

Copie de la lettre de résiliation et l'accusé de réception signé par l'assureur
Statistiques Sinistres sur les 5 dernières années fournies par l'assureur
Conditions Particulières et avenants du contrat en cours
Quittance de prime 2025 (à défaut 2024)

POUR LE CONTRAT ACCIDENTS CORPORELS :

Copie de la lettre de résiliation et l'accusé de réception signé par l'assureur
Statistiques Sinistres sur les 5 dernières années fournies par l'assureur
Conditions Particulières et avenants du contrat en cours
Quittance de prime 2025 (à défaut 2024)

C.E.G.A. - Conseil Evaluation Gestion des Assurances

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

Détail des activités :

ACTIVITES	Nbr de Lits	Nbr de Places	ACTIVITES	Nbr de Lits	Nbr de Places
Médecine		10	Maison d'Accueil Spécialisée	24	4
Psychiatrie Adultes	96	96	Moyen Séjour		
Pédopsychiatrie		30	Autres : SMR	10	
Soins de Surveillance Continue	0	0	Autres : ACT		7
UEROS	0	0	Hopital de Nuit	2	
Urgences Psy	0	0	EHPAD	40	
TOTAL			TOTAL		

Nombre de Lits : 172 lits

Nombre de Places : 147 Places

ACTIVITÉS ANNEXES DE L'ÉTABLISSEMENT

Rétrocession sur médicaments :	0€
Repas vendus à l'extérieur :	100.000 €
Prestations de Blanchisserie :	€
Mise à disposition du Personnel :	€
Location de matériel ou de locaux :	€
Si l'établissement objet de la consultation effectue de l'hébergement de données de santé, merci de nous indiquer le CA réalisé pour cette activité.	€
Prestations de livraison par drone	€
Prestations de réparations Automobiles	€
Prestations informatiques pour le compte de tiers	€
Autres activités : Préciser : _____	€
TOTAL :	100.000 €

En raison de certaines de vos activités, vos installations **sont-elles classées ICPE ?** **OUI - NON**

On entend par ICPE installation classée pour la Protection de l'environnement, toute exploitation industrielle susceptible de créer des risques ou de provoquer des pollutions ou nuisances notamment pour la sécurité et la santé des riverains.

RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

Le **risque environnemental** peut se matérialiser par une **pollution de l'eau, de l'air ou encore des sols, des sous-sols ou des eaux souterraines du site lui-même**. Pour gérer ce type de **risque**, l'Etablissement peut prendre différentes mesures. Tout d'abord, l'Etablissement doit prendre des mesures préventives.

	OUI	NON
Etes-vous actuellement assuré contre les risques environnementaux ? (RC Générale)		X
Avez-vous déclaré un sinistre Pollution causé par vos activités ?		X
Avez-vous été victime de Pollutions causés par vos voisins ou par des Tiers ?		X
Dans l'affirmative, merci de préciser la date du sinistre, les circonstances, la nature et le montant des dommages :		
Des travaux de dépollution ont-ils été lancé ?		X

EFFECTIF

Effectif TOTAL de l'Établissement y compris médecins (en personne physique) : 467	
Nombre de Membres du Conseil de Surveillance : 8	
Nombre de praticiens libéraux non exclusifs intervenants dans l'Etablissement :	
Répartition du personnel : Administratif : 48 Techniques : 48 Soignants : 351 Pers Direction : 3 Apprenti : 1 – Personnel Médical 16	
Masse salariale (Toutes personnes collaborant au fonctionnement de l'Etablissement) (Hors Charges Patronales) :	10 270 580.94 €

INFORMATIONS COVID 19

	OUI	NON
L'établissement a-t-il strictement respecté les protocoles sanitaires édictés par les Pouvoirs Ppublics pour lutter contre l'épidémie de Covid-19 ?	X	
L'établissement a-t-il fait l'objet de réclamations formelles des familles, des résidents ou des professionnels contaminés ?		X
Si oui : combien de dossiers sont actuellement en cours d'instruction ?	___Dossiers	

RESPONSABILITE CIVILE G.I.E. et/ou G.C.S.

	OUI	NON
L'établissement est-il membre d'un G.I.E. ?		
L'établissement est-il membre d'un G.C.S. ?	X	
L'Etablissement souhaite-t-il assurer ces structures dans le contrat Responsabilité Civile ? Si OUI : Joindre Convention Constitutive du G.I.E. ou du G.C.S.		X

FORMATION

	OUI	NON
L'Etablissement gère-t-il des activités de formations ?		X
Nombre d'élèves IFSI ? _____		
Nombre d'élèves IFAS ? _____		
Autres : Préciser : _____ Nombre _____		

MANDATAIRE JUDICIAIRE - GÉRANT DE TUTELLE

	OUI	NON
L'Etablissement exerce-t-il la gérance de tutelle, de curatelle et et/ou de mise sous sauvegarde ?	X	
Nombre de dossiers traités en moyenne sur les 3 dernières années :	35 Dossiers	
Votre Mandataire Judiciaire dispose-t-il d'une Assurance Personnelle RC PRO ?	X	

AUTRES RESPONSABILITÉS

Dans le cadre de ses activités d'Etablissement Public de Santé, l'Etablissement **doit-il garantir la Responsabilité Civile personnelle** des personnes ou des activités suivantes :

	Nb de Personnes
Nombre de Résidents en E.H.P.A.D :	40
Nombre d'Elèves (IFSI-IFAS-Autres) :	
Nombre d'Adultes handicapés :	10
Nombre d'Hospitalisés participant à des activités sportives :	
Nombre de Pensionnaires Mineurs :	
Nombre de Pensionnaires Majeur : (MAS)	28
Nombre de Personnes en Accueil familial thérapeutique :	
Nombre de Personnes en Accueil familial thérapeutique de Mineurs :	
Nombre de Personnes en Placement familiaux ou de toxicomanes :	
Nombre de personnes accueillies en situation d'Urgence ou de précarité :	
Nombre d'Associations à assurer (à défaut ou en complément de leurs Assurances) : Préciser la vocation de ces Associations : _____	

ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS

Dans le cadre du nouveau marché, l'Etablissement souhaite-t-il souscrire pour le compte des personnes désignées ci-dessous une garantie **ACCIDENTS CORPORELS** ?

Si OUI, merci de préciser le nombre de personnes à assurer et par catégorie.

	OUI	NON	Nombre de Personnes
Membres du Conseil de Surveillance :	X		8
Elèves Infirmières et Aides-Soignantes :		X	
Personnel travaillant en milieu carcéral : Préciser _____		X	
Bénévoles : (Si oui préciser pour quel motif ?) _____		X	

MONTANT DES DIVERS BUDGETS DE L'ÉTABLISSEMENT

Budget validé du dernier exercice. Indiquez l'année de référence :	
BUDGET PRINCIPAL	
BUDGET H	33.527.430,93€
A DEDUIRE (si concerné)	
Compte 78 – Reprises sur amortissement et provisions :	1.280.678,98 €
Compte 7087 - Remboursement des Frais par les C.R.P.A. :	718.154 ,15 €
Compte 772 – Produits sur exercices antérieurs :	24.969,89 €
TOTAL BUDGET PRINCIPAL :	31.503.627,91 €
BUDGETS ANNEXES	
M.A.S. (Maison d 'Accueil spécialisée)	2.491.678,81 €
I.F.S.I. / I.F.A.S. :	€
Dotation Non Affectée (D.N.A.)	€
Autre Budget (Préciser) : E , P, Y	4.471.035,49 €
A DÉDUIRE (si concerné)	
Compte 78 – Reprises sur amortissement, provisions et dépréciations :	136.580,65 €
Compte 7087 - Remboursement des Frais par les C.R.P.A. :	€
Compte 7721 – Produits exceptionnels sur exercices antérieurs :	24.646,25 €
TOTAL BUDGETS ANNEXES	6.801.487,40 €
TOTAL BUDGET PRINCIPAL + BUDGETS ANNEXES (déduction faite des comptes 78, 7087 et 7721)	38.305.115,31 €

CONTRATS EN COURS

Durant les **dix dernières années**, l'Etablissement a-t-il été titulaire d'un contrat **d'assurance** ? :

	OUI	NON
RESPONSABILITE CIVILE	X	
Nom des Assureurs successifs durant les 10 dernières années : BEAH 2017-2020 YVELIN 2021-2026		
Franchise en Dommages CORPORELS		€
Franchise en Dommages MATERIELS		€

Joindre la liste des sinistres CORPORELS payés ou provisionnés à plus de 20 000 €. (Voir modèle)

Durant les **cinq dernières années**, l'Etablissement a-t-il été titulaire d'un contrat **d'assurance** ? :

	OUI	NON
RESPONSABILITE CIVILE ENVIRONNEMENTALE		X
Nom de l'Assureur		
Franchise		€

Durant les **cinq dernières années**, l'Etablissement a-t-il été titulaire d'un contrat **d'assurance** ? :

	OUI	NON
PROTECTION JURIDIQUE (Contrat <u>SPECIFIQUE</u> et <u>DISTINCT</u> du Contrat Responsabilité Civile)	X	
Nom de l'Assureur : RELYENS		
Seuil d'intervention par sinistre pour les Agents		€
Seuil d'intervention par sinistre pour l'Etablissement		€

Durant les **cinq dernières années**, l'Etablissement a-t-il été titulaire d'un contrat **d'assurance** ? :

	OUI	NON
ACCIDENTS CORPORELS	X	
Nom de l'Assureur : SARRE ET MOSELLE (2025 – pas renouvelé en 2026)		

Fait à SAINT VAURY

Le 11/06/2026

Ne pas modifier le fichier en format PDF