

Questionnaire Assurances

Flotte Automobile pour les Établissements Publics de Santé

Nom de l'Etablissement :	CENTRE HOSPITALIER ALPES-LEMAN		
Adresse :	558 route de Findrol, BP 20500, 74130 Contamine sur Arve		
Téléphone :		Courriel :	
N° SIRET :			

Nom du Responsable des Assurances :			
Téléphone :		Courriel :	
Nom du Responsable du Parc Automobiles :			
Téléphone :	04 50 82 22 33	Courriel :	dpouchot@ch-alpes-leman.fr

Le contrat d'assurance de **Flotte Automobile 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 du risque à garantir.**

ÉLÉMENTS A JOINDRE AU PRÉSENT QUESTIONNAIRE

Statistiques Sinistres sur les 4 dernières années fournies par l'assureur

État de votre parc automobile (tableau Excel)

Copies Cartes Grises (Inférieur ou égal à 10 véhicules)

Contrat de Location ou de Crédit-bail

LES VÉHICULES

Le tableau intitulé « Parc Automobile » doit **être complété**. Il est conseillé de joindre également les photocopies des cartes grises dès lors que le parc automobile ne dépasse pas 10 véhicules.

IMPORTANT :

Ne pas oublier les fauteuils électriques, les tondeuses autoportées, les remorques (+ de 750 kg) et tout autre engin soumis à l'obligation d'assurance (trottinettes électriques ; vélos électriques pouvant dépasser les 25km/h). Pour ces matériels soumis à l'obligatoire d'assurance mais sans carte grise indiquer dans le tableau « Parc Automobile » la marque, le prix d'achat, la puissance ou le tonnage et l'année d'acquisition.

Pour les Engins et les Poids Lourds il convient d'indiquer **le prix d'achat T.T.C. et le P.T.A.C.**

VÉHICULES AMENAGES ET/OU PARTICULIERS

N.B. : Certains Assureurs demandent le prix des équipements rajoutés sur le châssis de base du véhicule.
EXEMPLE : Pour un véhicule SAMU : merci de communiquer le montant distinct du prix du véhicule des aménagements rajoutés sur le véhicule de base.

AUTRE EXEMPLE : Véhicule équipé d'une caisse frigo (prix facturé de cet équipement supplémentaire). AUTRE EXEMPLE : Utilitaire équipée d'une benne amovible (Bras de levage plus la benne).

AUTRE EXEMPLE : Véhicule de transport de résidents : coût des aménagements supplémentaires (rampe hydraulique d'accès).

LES MARCHANDISES ET/OU MATÉRIELS TRANSPORTÉS

	OUI	NON
Certains des véhicules de l'Établissement transportent-ils des marchandises et/ou du matériels ? (Matériels SMUR, Fauteuils roulants des résidents, chariots repas, armoires de médicaments ou de linge, Rolls caddy, contenu véhicules tondeuses, matériels divers etc...).	X	

Préciser le montant lorsque celui-ci est SUPERIEUR à 2 500 € :

Marque et immatriculation du Véhicule Concerné	Désignation du matériel à assurer	Valeur Totale
Plusieurs véhicules du parc du chal sont concernés.		100 000€
Ambulance intra + smur, vlm smur, véhicule transport examen, TPMR des EHPAD, véhicules du HAD, véhicules du pôle logistique,...		
Voir avec Yoann BUGNOLI pour le transport marchandise des véhicules logistiques.		

AUTO- MISSION

	OUI	NON
L'Etablissement souhaite-t-il souscrire pour le compte des agents la garantie Auto-Mission ? Il s'agit de l'assurance des véhicules des Agents qui utilisent leur véhicule personnel pour les besoins du service ou dans le cadre d'une mission précise (un ordre de mission signé est OBLIGATOIRE).	X	

Si OUI préciser le nombre de kilomètres annuel parcourus par l'ensemble de vos agents :

☐ 4.999 Km/an	☐ 10 000 Km/an	☐ 15 000 Km/an	☒ PLUS 90 000 Km/an
--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---

CONTRATS EN COURS

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

	OUI	NON
FLOTTE AUTOMOBILE	X	
Nom de l'Assureur :		
Franchise en Dommages		€
Franchise en Vol et Incendie		€
Franchise en Bris de Glaces		€

	OUI	NON
AUTO MISSION		
Nom de l'Assureur :		
Franchise par sinistre		€

	OUI	NON
MATÉRIELS MARCHANDISES TRANSPORTÉS		
Nom de l'Assureur :		
Franchise par sinistre		€

Fait à

Le

Ne pas modifier le fichier en format PDF