

Questionnaire Assurances

Responsabilité Civile, Dommages aux Biens, Protection Juridique et Accident Corporel

Nom de l'Établissement :	HOPITAL ANDREVETAN		
Adresse :	459 rue de la patience 74800 La Roche sur Foron		
Téléphone :	04 50 87 40 00	Courriel :	
N° SIRET :			

Nom du Responsable des Assurances :	BOUTIN Samantha		
Téléphone :	04 50 87 41 91	Courriel :	s.boutin@ch-andrevetan.fr

Les contrats d'assurance de **Responsabilité Civile et Risques Annexes, de Dommages aux Biens et Risques Annexes, d'Accidents Corporels et de Protection Juridique** seront établis sur la base déclarative du présent questionnaire complété par l'Établissement. Chaque **assureur peut demander toutes précisions ou renseignements complémentaires qu'il désire.**

ÉLÉMENTS A JOINDRE AU PRÉSENT QUESTIONNAIRE

POUR LE CONTRAT RESPONSABILITÉ CIVILE :

Statistiques Sinistres sur les 4 dernières années fournies par l'assureur
Conditions Particulières et avenants du contrat en cours

POUR LE CONTRAT PROTECTION JURIDIQUE :

Statistiques Sinistres sur les 4 dernières années fournies par l'assureur
Conditions Particulières et avenants du contrat en cours

POUR LE CONTRAT ACCIDENTS CORPORELS :

Statistiques Sinistres sur les 4 dernières années fournies par l'assureur
Conditions Particulières et avenants du contrat en cours

POUR LE CONTRAT DOMMAGES AUX BIENS :

Statistiques Sinistres sur les 4 dernières années fournies par l'assureur
Conditions Particulières et avenants du contrat en cours

Plan(s) de Masse
Rapport(s) de La Commission de Sécurité
Certificats Q4 et Q18

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

ACTIVITÉS	Nb de LITS	OUI	NON	ACTIVITES	Nb de LITS	OUI	NON
MEDECINE			X	Radiologie (dentaire)			X
E.H.P.A.D.	116			Hébergement Temporaire	4		
Accueil de Jour	6			Unité Alzheimer	24		
SAAS	50			Autres : Hopital de jour	6		
SMR	28			Autres : PASA	14		

Nombre de Lits :

168

Nombre de Places : **80**

ÉTAT PRÉVISIONNEL DES RECETTES ET DES DÉPENSES

Budget validé du dernier exercice. Indiquez l'année de référence : 2025	
E.P.R.D.	
MEDECINE-EHPAD-SMR-SAAS	Dépenses : 13 299 630€
	Recettes : 13 635 327€
À DEDUIRE (si concerné)	
Compte 78 – Reprises sur amortissement et provisions :	€
TOTAL BUDGET PRINCIPAL :	Dépenses : 3 019 468€
	Recettes : 3 355 165€
BUDGETS ANNEXES	
Dotation Non Affectée (D.N.A.) :	€
Autre Budget (Préciser) : EHPAD - SAAS	€
TOTAL BUDGETS ANNEXES	Dépenses : 10 280 162€
	Recettes : 10 280 162€
TOTAL BUDGET PRINCIPAL (déduction faite du compte 78) + BUDGETS ANNEXES	Dépenses : 13 299 630€
	Recettes : 13 635 327€

EFFECTIF

Effectif TOTAL de l'Établissement y compris médecins (en personne physique) : 219 Personnes
Nombre de Membres du Conseil d'Administration : 0

Nombre de Médecins ou de Coordinateur salariés : 3 Si oui E.T.P. : 2.20 ETP
Masse salariale (toute personne collaborant au fonctionnement de l'Établissement et qui perçoit une rémunération) <u>Hors Charges Patronales</u> : 446 528.69 €

AUTRES RESPONSABILITÉS

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

	OUI	NON	Nb de Personnes
Résidents en E.H.P.A.D :		X	
Résidents en Foyer Logement		X	
Adultes handicapés		X	
Autres catégories de personnes : Préciser :		X	

ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS

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

N.B. : Cette assurance propose une garantie Décès, Invalidité et Frais de Soins à hauteur des frais réels. A ne pas confondre avec l'Assurance des Prestations Statutaires.

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

	OUI	NON	Nombre de Personnes
Membres du Conseil d'Administration :		X	
Autres : Préciser :			
Autres : Préciser :			

AVIS DE LA COMMISSION DE SÉCURITÉ

	OUI	NON
Existe-t-il un ou plusieurs bâtiments ayant reçu un AVIS DEFAVORABLE suite à la dernière visite de la Commission de Sécurité <u>Joindre la copie du DERNIER avis de la commission de sécurité (OBLIGATOIRE)</u>		X
Si réponse affirmative, préciser les dispositions prises par l'Établissement pour diminuer voire éliminer le risque :		

ÉTAT DU PATRIMOINE IMMOBILIER

Surface développée totale du ou des bâtiments à assurer : **10 866 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. **Merci de joindre votre plan de Masse***

LES BÂTIMENTS

	Site Principal	Autre Site	Autre Site	Dotation Non Affectée
Adresse	459 rue de la patience 74800 LRSF	320 rue de la patience 74800 LRSF	320 rue de la patience 74800 LRSF	
Affectation (hébergement, administratif, atelier, logement de fonction...)	hébergement, administratif, atelier	Hébergement	Hébergement	
Surface développée	10 866 M²	41,23 M²	62,02 M²	M2
Année de construction	2017			
Type de plancher (bois, béton, dalle...)	Dalle	Dalle	Dalle	
Nombre de niveaux	4	1	1	

	OUI	NON
Avez-vous un bâtiment ou partie de bâtiment classé ou inscrit à l'inventaire des monuments historique ? <i>Si OUI : joindre justificatif</i> Si oui lequel ? : _____ Quelle est sa surface ? : _____ Adresse du ou des bâtiments : _____		NON
L'établissement est-il propriétaire ou détenteur d'Objets de Valeurs Particuliers ? (Objets d'antiquité (poteries), des objets précieux (bijoux et objet en métaux précieux) les objets d'art (tableaux, peintures, dessins, gravures, estampes et lithographies, productions de l'art statuaire et de la sculpture en toutes matières, tapisseries, livres de collection) ... appartenant à l'Établissement ou placés sous sa garde. Valeur à assurer : _____ € ou Valeur à dire d'Expert _____ €		NON
Avez-vous des bâtiments désaffectés, inoccupé ou destinés à la démolition ?		NON

Si oui préciser la nature (désaffectés ou inoccupé ou destinés à la démolition) ? : De quel(s) bâtiment(s) s'agit-il ? : Adresse du ou des bâtiments : Quels sont les mesures de précaution contre le SQUAT ? (Ex : portes fermées à clef, fenêtres munies de volets ou de barreaux, société de gardiennage, surveillance régulière) :		
L'Établissement est-il en Zone Inondable ? Préciser le ou les bâtiments exposés aux inondations : Préciser également si des dispositions ont été prises pour limiter ce risque ?		NON
Avez-vous été victimes de sinistres de CATASTROPHES NATURELLES ? Si oui : Préciser les dates de survenance :		NON
Avez-vous des bâtiments au titre de votre Dotation Non affectée ? Si OUI : Superficie des bâtiments relevant de votre D.N.A. : _____ M2 Adresse du site : Nature de cette Dotation Non Affectée (DNA) : Château – Ferme agricole – Maison Individuelle – Prairies – Bois. Autre : Préciser : _____		NON

	OUI	NON
Avez-vous des Véranda, Serres de Jardin ? Si OUI : Superficie : _____ M2		NON
L'Établissement possède-t-il des Panneaux Photovoltaïques ? Si OUI : Superficie des panneaux photovoltaïques : _____ M2 Et préciser la situation géographique de ceux-ci (installation en plein air sur les ombrières des parcs de stationnement / site concerné etc...)		NON
L'Établissement dispose-t-il de chapiteaux ou de structures légères (tente, barnum...) ?		NON
L'Établissement est-il propriétaire de bornes de recharges de véhicules électriques ? Si OUI : Nombre et puissance de ces bornes : Nb _____ et _____ Kw Et préciser la situation géographique de ceux-ci (installation en plein air sur les parcs de stationnement / site concerné etc...)		NON

L'Établissement dispose-t-il d'une Laverie - Lingerie (sous détection incendie) ? Si OUI : Superficie : _____ M2 ____30__ Kg / Jour Préciser son implantation : (Intra-muros ou isolée) _____	OUI	
--	-----	--

PRÉVENTION DES RISQUES

	OUI	NON
L'Établissement dispose-t-il d'Agents qualifiés S.S.I.A.P. ? Si OUI : Préciser le nombre d'Agents concernés : <u>S.S.I.A.P. 1</u> : Nombre ____ - <u>S.S.I.A.P. 2</u> : Nombre ____ - <u>S.S.I.A.P. 3</u> : _____		X
Nombre d'agents de l'Établissement ayant la qualité de « sapeurs-pompiers volontaires » ? (NB : <i>ce renseignement permet de bénéficier de l'abattement tarifaire prévu par l'article 9 de la loi N°96-370 du 3 mai 1996</i>).	Nombre d'Agents _____0_____	
Nombre d'Agents techniques d'astreinte dans l'Établissement (nuit, week-end) ?	__4 Agents	
Quelle est la valeur à assurer au titre du contenu des Chambres Froides ? Ne pas oublier de cumuler la valeur des denrées alimentaires et des médicaments (vaccins).	_1 000 €	
Existe-t-il un report d'alarme sur un poste de surveillance pour les chambres froides ?	OUI	
Un Permis de Feu est-il établi au sein de l'Établissement ? Le PERMIS DE FEU est un Plan de Prévention écrit pour chaque travail par points chauds (coupage, meulage, soudage...). Il doit être établi par l'Entreprise et doit être signé par la personne commandant les travaux, le représentant qualifié du Chef d'entreprise, par la personne chargée de veiller à la sécurité et par l'opérateur.		NON
Existe-t-il un report d'alarme Incendie sur un poste de surveillance permanent 24h/24h pour le S.S.I. ?	OUI	
L'interdiction de fumer est-elle bien appliquée ?	OUI	
Votre personnel est-il régulièrement formé à la lutte contre les Incendies ?	OUI	
L'Établissement est-il répertorié à la Brigade des Sapeur-Pompier ? (Les pompiers ont-ils les plans du ou des bâtiments)	OUI	
Distance de la Brigade des Sapeurs-Pompiers la plus proche :	4,7Kms	

L'Établissement dispose-t-il de moyens de prévention contre le VOL ?		NON
Alarme particulière ? Préciser le site concerné		NON
Vidéosurveillance ? Préciser le site concerné		NON

CONTRATS EN COURS

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

	OUI	NON
RESPONSABILITE CIVILE		
Nom de l'Assureur :		
Franchise en Dommages CORPORELS		€
Franchise en Dommages MATERIELS		€

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

	OUI	NON
PROTECTION JURIDIQUE		
Nom de l'Assureur :		
Seuil d'intervention (Franchise) par sinistre pour les Agents		€
Seuil d'intervention (Franchise) par sinistre pour l'Établissement		€

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

	OUI	NON
ACCIDENTS CORPORELS		
Nom de l'Assureur :		

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

	OUI	NON
DOMMAGES AUX BIENS		
Nom de l'Assureur :		
Franchise par sinistre :		€
Autres Franchises :		Lécales

	OUI	NON
BRIS DE MACHINES ET TOUS RISQUES INFORMATIQUES		
Nom de l'Assureur :		
Franchise par sinistre :		€

	OUI	NON
PERTES D'EXPLOITATION		
Nom de l'Assureur :		
Franchise par sinistre :		Jours
Franchise au titre des Frais Supplémentaires :		Jours

Fait à
Le