

## Questionnaire Assurances

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

|                          |                                                  |            |                                                                      |
|--------------------------|--------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------|
| Nom de l'Établissement : | <b>HOPITAL DEPARTEMENTAL DUFRESNE SOMMEILLER</b> |            |                                                                      |
| Adresse :                | 498 route Dufresne Sommeiller 74250 LA TOUR      |            |                                                                      |
| Téléphone :              | <b>0450353030</b>                                | Courriel : | <a href="mailto:direction@hds-latour.fr">direction@hds-latour.fr</a> |
| N° SIRET :               | <b>26740017400012</b>                            |            |                                                                      |

|                                     |                        |            |                                                                  |
|-------------------------------------|------------------------|------------|------------------------------------------------------------------|
| Nom du Responsable des Assurances : | <b>TREMOY Delphine</b> |            |                                                                  |
| Téléphone :                         | <b>0450353072</b>      | Courriel : | <a href="mailto:dtremoy@hds-latour.fr">dtremoy@hds-latour.fr</a> |

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                | 20         | X   |     | Radiologie (dentaire)                                   |            |     | X   |
| E.H.P.A.D.              | 136        | X   |     | Hébergement Temporaire                                  | 2          | X   |     |
| Accueil de Jour<br>USLD | 30         | X   | X   | Unité Alzheimer                                         | 24         | X   |     |
| SSIAD                   |            |     | X   | Autres : EAM permanent                                  | 42         | X   |     |
| SSR                     | 30         | X   |     | Autres : EAM : accueil de jour + Hébergement temporaire | 2 + 2      | X   |     |

**Nombre de Lits : 282**

**Nombre de Places : 6**

## ÉTAT PRÉVISIONNEL DES RECETTES ET DES DÉPENSES

|                                                                                    |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Budget validé du dernier exercice. Indiquez l'année de référence : 2026            |                     |
| <b>E.P.R.D.</b>                                                                    |                     |
| MEDECINE-EHPAD-SSR...                                                              | <b>11 736 100 €</b> |
| <b>À DEDUIRE (si concerné)</b>                                                     |                     |
| Compte 78 – Reprises sur amortissement et provisions :                             | <b>-2 850 €</b>     |
| Compte 7087 – Remboursement des budgets annexes                                    | <b>-3 779 450 €</b> |
| <b>TOTAL BUDGET PRINCIPAL :</b>                                                    | <b>7 953 800 €</b>  |
| <b>BUDGETS ANNEXES</b>                                                             |                     |
| Dotation Non Affectée (D.N.A.) :                                                   | <b>0 €</b>          |
| <b>Autre Budget (Préciser) : Usld / Ehpad / EAM</b>                                | <b>17 110 700 €</b> |
| <b>TOTAL BUDGETS ANNEXES</b>                                                       | <b>17 110 700 €</b> |
| <b>TOTAL BUDGET PRINCIPAL (déduction faite du compte 78)<br/>+ BUDGETS ANNEXES</b> | <b>25 064 500 €</b> |

## EFFECTIF

|                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Effectif TOTAL de l'Établissement y compris médecins (en personne physique) : 415<br>Personnes |
| Nombre de Membres du Conseil d'Administration : 20                                             |
| Nombre de Médecins ou de Coordinateur salariés : 10    Si oui E.T.P. : 7,20                    |

Masse salariale (toute personne collaborant au fonctionnement de l'Établissement et qui perçoit une rémunération) Hors Charges Patronales) : 12 113 210 €

### **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   |     | 162             |
| Résidents en Foyer Logement                           |     |     |                 |
| Adultes handicapés                                    | x   |     | 46              |
| Autres catégories de personnes : Préciser : bénévoles | 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 de surveillance : | x   |     | 20                  |
| Autres : Préciser :                  |     |     |                     |
| Autres : Préciser :                  |     |     |                     |

### **AVIS DE LA COMMISSION DE SÉCURITÉ**

|                                                                                                                                                                                                                        | OUI | NON |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Existe-t-il un ou plusieurs bâtiments ayant reçu un <b>AVIS DEFAVORABLE</b> 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 : **30 529 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 (voir document joint)**

|                                                                            | Site Principal                                    | Autre Site | Autre Site | Dotation Non Affectée |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------|------------|-----------------------|
| Adresse                                                                    | Voir document joint Tableau bâtiments et surfaces |            |            |                       |
| Affectation (hébergement, administratif, atelier, logement de fonction...) |                                                   |            |            |                       |
| Surface développée                                                         | M2                                                | M2         | M2         | M2                    |
| Année de construction                                                      |                                                   |            |            |                       |
| Type de plancher (bois, béton, dalle...)                                   |                                                   |            |            |                       |
| Nombre de niveaux                                                          |                                                   |            |            |                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | OUI | NON |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Avez-vous un bâtiment ou partie de <b>bâtiment classé</b> ou inscrit à l'inventaire des monuments historique ? Si OUI : joindre justificatif                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     | x   |
| Si oui lequel ? : _____ Quelle est sa surface ? : _____<br>Adresse du ou des bâtiments : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |     |
| L'établissement est-il propriétaire ou détenteur d'Objets de Valeurs Particuliers ?<br>(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.<br><br>Valeur à assurer : _____ € ou Valeur à dire d'Expert _____ € |     | x   |
| Avez-vous des <b>bâtiments désaffectés, inoccupé ou destinés à la démolition</b> ? Oui Maison Séraline inoccupée                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | x   |     |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | OUI | NON |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| <p>Avez-vous des <b>Véranda, Serres de Jardin</b> ? Tunnel de stockage (Toutabri Richel)<br/>         Si OUI : <b>Superficie</b> : 112M2</p>                                                                                                                                                                                       | x   |     |
| <p>L'Établissement possède-t-il des <b>Panneaux Photovoltaïques</b> ?<br/>         Si OUI : <b>Superficie</b> des panneaux photovoltaïques : _____ M2<br/>         Et préciser la situation géographique de ceux-ci (installation en plein air sur les ombrières des parcs de stationnement / site concerné etc...)</p>            |     | x   |
| <p>L'Établissement dispose-t-il de chapiteaux ou de structures légères (tente, barnum...) ?</p>                                                                                                                                                                                                                                    |     | x   |
| <p>L'Établissement est-il propriétaire de bornes de recharges de véhicules électriques ?<br/>         Si OUI : <b>Nombre et puissance de ces bornes</b> : Nb _____ et _____ Kw<br/>         Et préciser la situation géographique de ceux-ci (installation en plein air sur les parcs de stationnement / site concerné etc...)</p> |     | x   |

|                                                                                                                                                                                                                                                              |   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|
| L'Établissement dispose-t-il d'une <b>Laverie - Lingerie</b> (sous détection incendie) ?<br><b>Si OUI : Superficie</b> : 463 M2                      950 Kg / Jour<br>Préciser son implantation : (Intra-muros ou isolée) sur site mais bâtiment indépendant | x |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|

## PRÉVENTION DES RISQUES

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | OUI | NON                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------|
| L'Établissement dispose-t-il d'Agents qualifiés S.S.I.A.P. ?<br><b>Si OUI</b> : Préciser le nombre d'Agents concernés :<br><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> ).                                                                                                                                                                                 |     | <b>Nombre d'Agents</b><br>_____ |
| Nombre d'Agents techniques d'astreinte dans l'Établissement (nuit, week-end) ? 1 agent technique d'astreinte par jour, au total 6 agents techniques                                                                                                                                                                                                                                                              |     | <b>6 Agents</b>                 |
| Quelle est la valeur à assurer au titre du contenu des Chambres Froides ? <b>Ne pas oublier</b> de cumuler la valeur des denrées alimentaires et des médicaments ( <b>vaccins</b> ).                                                                                                                                                                                                                             |     | <b>10 000 €</b>                 |
| Existe-t-il un report d'alarme sur un poste de surveillance pour les <b>chambres froides</b> ? que alarme sonore pour chambre froide négative                                                                                                                                                                                                                                                                    |     | x                               |
| Un Permis de Feu est-il établi au sein de l'Établissement ?<br><b>Le PERMIS DE FEU</b> 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. | x   |                                 |
| Existe-t-il un report d'alarme Incendie sur un poste de surveillance permanent 24h/24h <b>pour le S.S.I.</b> ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     | x                               |
| L'interdiction de fumer est-elle bien appliquée ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | x   |                                 |
| Votre personnel est-il régulièrement formé à la lutte contre les Incendies ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | x   |                                 |
| L'Établissement est-il répertorié à la Brigade des Sapeur-Pompier ? (Les pompiers ont-ils les plans du ou des bâtiments)                                                                                                                                                                                                                                                                                         | x   |                                 |

|                                                                                                                      |              |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---|
| Distance de la Brigade des Sapeurs-Pompiers la plus proche :                                                         | <b>5 Kms</b> |   |
| L'Établissement dispose-t-il de moyens de <b>prévention contre le VOL</b> ?<br>Oui, vidéoprotection                  | x            |   |
| Alarme particulière ? Préciser le site concerné                                                                      |              | x |
| Vidéosurveillance ? Préciser le site concerné : tout le site sauf ancien bâtiment administratif qui n'est pas occupé | x            |   |

### **CONTRATS EN COURS**

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

|                                    |              |            |
|------------------------------------|--------------|------------|
|                                    | <b>OUI</b>   | <b>NON</b> |
| <b>RESPONSABILITE CIVILE</b>       | <b>x</b>     |            |
| <b>Nom de l'Assureur : RELYENS</b> |              |            |
| Franchise en Dommages CORPORELS    | <b>NEANT</b> |            |
| Franchise en Dommages MATERIELS    | <b>300€</b>  |            |

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

|                                                                    |              |            |
|--------------------------------------------------------------------|--------------|------------|
|                                                                    | <b>OUI</b>   | <b>NON</b> |
| <b>PROTECTION JURIDIQUE</b>                                        | <b>x</b>     |            |
| <b>Nom de l'Assureur : RELYENS</b>                                 |              |            |
| Seuil d'intervention (Franchise) par sinistre pour les Agents      | <b>NEANT</b> |            |
| Seuil d'intervention (Franchise) par sinistre pour l'Établissement | <b>NEANT</b> |            |

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

|                                                  |            |            |
|--------------------------------------------------|------------|------------|
|                                                  | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| <b>ACCIDENTS CORPORELS</b>                       | <b>x</b>   |            |
| <b>Nom de l'Assureur : prévu dans contrat RC</b> |            |            |

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

|                                |            |            |
|--------------------------------|------------|------------|
|                                | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| <b>DOMMAGES AUX BIENS</b>      | <b>x</b>   |            |
| <b>Nom de l'Assureur : MMA</b> |            |            |

|                          |                |
|--------------------------|----------------|
| Franchise par sinistre : | <b>1000€</b>   |
| Autres Franchises :      | <b>Légales</b> |

|                                                            |            |            |
|------------------------------------------------------------|------------|------------|
|                                                            | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| <b>BRIS DE MACHINES ET TOUS RISQUES INFORMATIQUES</b>      | <b>x</b>   |            |
| <b>Nom de l'Assureur : dans contrat dommages aux biens</b> |            |            |
| Franchise par sinistre :                                   |            | <b>€</b>   |

|                                                  |            |              |
|--------------------------------------------------|------------|--------------|
|                                                  | <b>OUI</b> | <b>NON</b>   |
| <b>PERTES D'EXPLOITATION</b>                     |            |              |
| <b>Nom de l'Assureur : prévu dans contrat RC</b> |            |              |
| Franchise par sinistre :                         |            | <b>Jours</b> |
| Franchise au titre des Frais Supplémentaires :   |            | <b>Jours</b> |

Fait à La Tour  
Le 27 mai 2026