

Questionnaire Assurances

Domages aux Biens pour les Etablissements Publics de Santé

Nom de l'Etablissement :	HOPITAUX DU LEMAN		
Adresse :	03 Avenue de la Dame		
Téléphone :	0450832000	Courriel :	
N° SIRET :			

Nom du Responsable des Assurances :			
Téléphone :		Courriel :	
Nom du Responsable des Services Techniques :			
Téléphone :		Courriel :	

Le contrat d'assurance de **Domages 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.**

ÉLÉMENTS A JOINDRE AU PRÉSENT QUESTIONNAIRE

POUR LE CONTRAT DOMMAGES AUX BIENS :

Copie de la lettre de résiliation et l'accusé de réception signé de l'assureur

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

Conditions Particulières et avenants du contrat en cours

Quittance de prime 2026 (à défaut 2025)

Plan(s) de Masse

Etat des surfaces à assurer

Certificats Q4 et Q18

Rapport(s) de La Commission de Sécurité

S'il y a lieu les documents suivants :

Les baux de Locations

ÉTAT DU PATRIMOINE IMMOBILIER

Surface développée totale du ou des bâtiments à assurer : _____ **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 des planchers bois ?		X
Si OUI : Superficie : De quel(s) bâtiment(s) s'agit-il ? : Adresse du ou des bâtiments :		
Avez-vous un bâtiment ou partie de bâtiment classé ou inscrit à l'inventaire des monuments historique ? Si OUI : joindre justificatif		X
Si oui lequel ? : Quelle est sa surface ? : Adresse du ou des bâtiments :		
Avez-vous des bâtiments désaffectés, inoccupé ou destinés à la démolition ?	X	
Si oui préciser la nature (désaffectés ou inoccupé ou destinés à la démolition) ? : désaffecté De quel(s) bâtiment(s) s'agit-il ? : Villa Amoudruz – Etablissement Recevant du Public de 5^{ème} catégorie Adresse du ou des bâtiments : Chemin du morillon – 74200 THONON LES BAINS 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) : portes fermées à clés, surveillance régulière par le service sécurité incendie et sûreté des Hôpitaux Du Léman		
Avez-vous des bâtiments au titre de votre Dotation Non affectée ?		X
Si OUI : Superficie des bâtiments relevant de votre D.N.A. : _____ M2 Adresse du site : Nature de cette DNA : Château – Ferme agricole – Maison Individuelle – Prairies – Bois. Autre : Préciser :		
Avez-vous des Véranda, Serres de Jardin ?		X
Si OUI : Superficie : _____ M2		
L'Établissement possède-t-il des Panneaux Photovoltaïques ?		X
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...)		
L'Établissement dispose-t-il de chapiteaux ou de structures légères (tente, barnum...) ?		X
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...)		
L'Etablissement possède-t-il des œuvres d'art et collections ?		
Si OUI : joindre la liste et les valeurs et Préciser leur lieu de stockage : L'Etablissement est-il amené à exposer des œuvres d'art et collections propriété d'un tiers (musée / association / patients-résidents) ? Si OUI : une convention de prêt est-elle systématiquement signée ? Et cette convention détaille-t-elle les œuvres remises et leur valeur ?		
L'Établissement dispose-t-il d'une blanchisserie ?	X	
Si OUI : Superficie : _____ M2		
Conformément à la réglementation des ICPE (Installations Classées pour la Protection de l'Environnement), votre Blanchisserie est-elle soumise à :		
Enregistrement (Traitement Supérieur à 5 T/Jrs) :		X

Déclaration (Traitement Supérieur à 500 Kg et Inférieur à 5 T/Jrs)	X	
Non classée		X
Précisez l'emplacement du bâtiment ou du local de la blanchisserie : S'agit-il d'un bâtiment isolé – Intégré dans un Bâtiment (si OUI : Lequel) : Zone de Vongy – 21 Avenue de Genève – 74200 Thonon Les Bains Tonnage journalier de traitement de linge : 0,100 Tonne(s) / Jour (Vu avec responsable Blanchisserie)		
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 (Vu avec responsable UPAC)	20000 €	
Pharmacie	€	

	OUI	NON
Les chambres froides sont-elles sous alarme sonore lors d'une panne électrique ou lors de variation de température ?		
Les alarmes des chambres froides sont-elles reportées ?	X	
Si oui, précisez auprès de quel service : *		

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 : ___/___/___	€
--	---

De quel type de matériel s'agit-il :

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

PRÉVENTION DES RISQUES

	OUI	NON
L'Établissement dispose-t-il d'une équipe de sécurité-incendie interne ? Si OUI : Préciser le nombre d'Agents composant cette équipe de sécurité : S.S.I.A.P. 1 : 12 - S.S.I.A.P. 2 : 6 - S.S.I.A.P. 3 : 2	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>).	04 Agents	
Nombre d'Agents d'astreinte dans l'Établissement (nuit, week-end,) ? 1 agent d'astreinte pour le service de sécurité incendie et de sûreté Une astreinte sécurité est en backup dans les heures non ouvrées, week-end et fériés ○ En semaine : ▪ De 17h00 à 24h00 ▪ De 00h00 à 08h00 ○ Week-ends et jour fériés : ▪ 24H/24 Tout départ d'un agent de sécurité incendie du site PIANITA sur un site extérieur doit être obligatoirement remplacé au préalable par l'astreinte sécurité, avant son départ, conformément à la prescription de la commission de sécurité. Cette astreinte est actuellement composée par : - Responsable Sécurité Incendie et Sûreté, - Adjoint au chef de service Responsable Sécurité Incendie et Sûreté, - 02 chefs d'équipe incendie.		
Existe-t-il un report d'alarme à un poste de surveillant permanent ? PC SECURITE ?	x	
L'INTERDICTION DE FUMER est-elle bien appliquée dans votre Établissement ?	x	
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...).	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 :	3 Kms	
L'Établissement dispose-t-il de moyens de PREVENTION contre le VOL ?	x	
Alarme particulière ? Si OUI sur quels bâtiments Alarme intrusion service Pharmacie Vidéosurveillance ? Préciser le site sous vidéosurveillance Hôpital Georges Pianta avec arrêté préfectorale périmétrique	x	
Existe-t-il des sites, des bâtiments ou locaux en zone inondable ? Si oui, lesquels : Préciser également si des dispositions ont été prises pour limiter ce risque ?		
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).		
Certains de vos bâtiments ont-ils déjà subi des sinistres en lien avec ces risques naturels ? Préciser quels risques :		
Vos bâtiments ont-ils subi des sinistres classés CATASTROPHE NATURELLE ? Si OUI : préciser les dommages subis et leur coût du sinistre : Dommages subis : Montant sinistres (si connu) :		
Dans l'affirmative quels types de bâtiments ou de structures ont subi des dommages ? (Installation électriques principale – Groupe Électrogène – Service des Urgences – Blocs Opérateurs – Parkings...) Préciser :		
À l'issue des événements, la Commune et/ou la Préfecture ont-ils réalisé des travaux de Prévention des Risques ?		

JOINDRE EN COMPLEMENT LE QUESTIONNAIRE DES LOCAUX À RISQUES

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. Joindre la copie de l'avis de la commission de sécurité que l'avis soit FAVORABLE ou DEFAVORABLE.		x
Si réponse affirmative, préciser les dispositions prises par l'Établissement pour diminuer voire éliminer le risque :		

Synthèse des Commissions de Sécurité – SI POSSIBLE							
N° Registre	Bâtiment	Type du bâtiment	Catégorie du bâtiment	Nbr de Lits	Effectif Théorique	Effectif Total	Dernier avis de la Commission
	HOPITAL GEORGES PIANTA	U avec activités M, N et W	1ère	321		2081	Favorable
	IFSI	R	4ème	0		280	Favorable

Les autres établissements sont des ERP de 5^{ème} catégorie qui n'ont pas de visite de la commission de sécurité

dans le cadre d'une visite périodique

Les EHPADs sont gérés par un responsable sécurité incendie et sûreté désigné autre que celui des Hôpitaux Du Léman

CONTRÔLES ET VERIFICATIONS – 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 ?

L'établissement n'a pas certification APSAD sur ses équipements

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

CONTRATS EN COURS

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 :		€

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

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

	OUI	NON
CYBER-RISQUES		
Nom de l'Assureur :		
Franchise par sinistre :		€

Fait à
Le

Ne pas modifier le fichier en format PDF