

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

Nom de l'Etablissement :	LES HOPITAUX DU LEMAN		
Adresse :	3 Av. de la Dame, 74200 Thonon-les-Bains		
Téléphone :		Courriel :	
N° SIRET :	26741103100011		

Nom du Responsable des Assurances :			
Téléphone :		Courriel :	

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 :**

Statistiques Sinistres sur les 10 dernières années fournies par l'assureur

PLUS les documents suivants :

Liste des matériels à rayonnements ionisants
Autorisations et Déclarations délivrées par l'ASN.
Réponse de l'ASN suite à la dernière inspection.
Convention Constitutive du G.I.E. ou du G.C.S.

Listes des Sinistres supérieurs à 100 000 €

POUR LE CONTRAT PROTECTION JURIDIQUE :

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

POUR LE CONTRAT ACCIDENTS CORPORELS :

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

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

Détail des activités : *Compléter si nécessaire*

ACTIVITES	Nbr de Lits	Nbr de Places	ACTIVITES	Nbr de Lits	Nbr de Places
Médecine	130	25	Chir. esthétique		
Chirurgie	50	15	Télémédecine (France et/ou Etranger)	___ Nombre d'actes N-1	
Obstétrique	22	6	Moyen Séjour		
Gynécologie			Long Séjour	30	
Réanimation	8		S.S.R.		
Radiothérapie			E.H.P.A.D.	277	
Méd. Nucléaire			S.S.I.A.D.		
Urgences			H.A.D.		30
Nombre de passages aux Urgences N-1	40 570 Passages		Autres : Néonatalogie	6	
Psychiatrie Adultes			Surveil. Continue Péd	4	
Pédopsychiatrie			Dialyse		16
TOTAL			TOTAL		

Nombre de Lits : lits

Nombre de Places : Places

IMPORTANT : Au titre de l'activité OBSTETRIQUE, merci de nous préciser si votre Etablissement a par le passé exercé cette activité si OUI ; merci de nous indiquer la date de fermeture de ce service.
SERVICE MATERNITE FERME le : ___ / ___ / ___

ACTIVITÉS ANNEXES DE L'ÉTABLISSEMENT

Rétrocession sur médicaments :	2 947 212.08€
Repas vendus à l'extérieur :	499 119.36€
Prestations de Blanchisserie :	0€
Exploitation d'un scanner et ou IRM :	1 320 617.94€
Mise à disposition du Personnel :	2 388 235.37€
Collecte pour incinération des D.A.S.R.I.	€
Location de matériel ou de locaux :	178 781.78€
Prestations de livraison par drone	€
Prestations de réparations Automobiles	€
Prestations informatiques pour le compte de tiers	€
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.	€
Autre :	€
TOTAL :	€

N.B. : 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. **(Compléter page 6)**

EFFECTIF

Effectif TOTAL de l'Établissement y compris médecins (en personne physique) : __ 1678 __	
Nombre de Membres du Conseil de Surveillance : _ 15 voix délibératives +3 consultatives	
Nombre de praticiens libéraux non exclusifs intervenants dans l'Etablissement : _____	
Répartition du personnel : Administratif : __ 209 __ Techniques : _ 193 __ Autres : __ 1276 __	
Masse salariale (Toutes personnes collaborant au fonctionnement de l'Etablissement) (Hors Charges Patronales) :	67 963 000 €

SERVICE DE MATERNITÉ

	OUI	NON
Nombre de naissances/an : 1 393 (N-1)		
Nombre de décès néonatal/an : _____		
Niveau de classement de votre service Maternité : I – IIa – IIb – III : _____		
La Maternité de l'Etablissement est-elle une maternité de référence dans la prise en charge des grossesses à haut risque ?		
Un Anesthésiste et un Obstétricien sont-ils toujours présents 24h/24h ?		
Pratiquez-vous une oxymétrie du sang du cordon fœtal ? Le résultat de l'analyse est-il reporté dans le dossier Patient ?		
Taux de césariennes réalisées sur les 3 dernières années :		19 %

SERVICE RADIOLOGIE

	OUI	NON
L'établissement est-il détenteur d'installations et/ou de matériels de sources de rayonnements ionisants ? (Joindre la liste des matériels à rayonnements ionisants.)	OUI	
Les installations sont-elles soumises à DECLARATION et/ou AUTORISATION	Autorisation *	
Rayer la mention inutile *	Déclaration*	
Date de la dernière inspection de l'ASN : _____ (Joindre le compte rendu de la dernière inspection).		
Les installations et/ou matériels sont-ils la propriété de l'Etablissement ?		
Si non, sont-ils la propriété d'un GIE - GCS ?		

SERVICE DES URGENCES

	OUI	NON
Existe-t-il un SMUR - SAMU ?	SMUR	
Existe-t-il un Centre 15 ?		X
Nombre d'Appels réceptionnés par le Centre 15 année N-1	___ Appels	
Nombre de sorties effectuées année N-1	1 292 Sorties	
L'Etablissement est-il propriétaire et exploitant de l'hélistation ?		
L'Etablissement sous-traite-t-il ses transports par hélicoptère ? Si oui Nom du Prestataire : Identification du prestataire :		
Emplacement de votre Hélistation (Toiture ou au niveau du sol) : _____		

FORMATION

	OUI	NON
L'Etablissement gère-t-il des activités de formations ?	oui	
Nombre d'élèves IFSI ? 249 au 01/09/2025 (Quota 86/an)		
Nombre d'élèves IFAS ? 38 au 25/08/2025 (Quota 50)		
Autres : Préciser : _____ Nombre _____		
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 ?	oui	
Nombre de dossiers traités en moyenne sur les 3 dernières années :	__51__ Dossiers	
Votre Mandataire Judiciaire dispose-t-il d'une Assurance Personnelle RC PRO ?		non

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

	OUI	NON
L'établissement est-il membre d'un G.I.E. ? SCANNER	OUI	
L'établissement est-il membre d'un G.C.S. ? LABO	OUI	

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.		
---	--	--

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 :	307
Nombre d'Elèves (IFSI-IFAS-Autres) : Maximum (86 x3 IDE) + (50AS)	287 (09/2025)
Nombre d'Adultes handicapés :	
Nombre d'Hospitalisés participant à des activités sportives :	
Nombre de Pensionnaires Mineurs :	
Nombre de Pensionnaires Majeur :	
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
SMUR – SAMU (Nombre de <u>Personnes</u> assurées au MAXIMUM <u>en sortie simultanée</u>).	2		
Ces personnes du SMUR et/ou du SAMU seraient-elle assurées au titre d'un contrat GROUPE ?			
Membres du Conseil de Surveillance :			
Elèves Infirmières et Aides-Soignantes :			
Elèves Ambulanciers :			
Elèves Autres : Préciser _____			

Bénévoles / Représentants des usagers :			
---	--	--	--

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 ?		NON
Avez-vous déclaré un sinistre Pollution causé par vos activités ?		
Avez-vous été victime de Pollutions causés par vos voisins ou par des Tiers ?		
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 ?		
Disposez-vous d'une blanchisserie ? Si OUI, en êtes-vous : PROPRIETAIRE EXPLOITANT – LOCATAIRE Rayer la mention inutile		
Concernant le terrain : en êtes-vous PROPRIETAIRE ou LOCATAIRE ? Concernant les installations : PROPRIETAIRE ou LOCATAIRE ? Bâtiments : PROPRIETAIRE ou LOCATAIRE ? Rayer la mention inutile		
Quelle est sa capacité de production ? (Tonne de linge traité par jour)		
Votre blanchisserie est-elle isolée des autres bâtiments ? Si la blanchisserie est implantée dans vos locaux, merci de préciser sa superficie : ____M²		
Votre blanchisserie est-elle : - NON CLASSEEE : - SOUMISE A ENREGISTEMENT : - SOUMISE A AUTORISATION Rayer la mention inutile		
Existe-t'il des bacs de rétention sous les produits lessivables ?		
Existe-t'il des contrôles des eaux (Ph, température bassin de décantation) ?	oui	

MONTANT DES DIVERS BUDGETS DE L'ÉTABLISSEMENT

Budget validé du dernier exercice. Indiquez l'année de référence : __2025 PRODUITS__	
BUDGET PRINCIPAL	
M.C.O.	134 977 000€
Autre Budget (Préciser) :	€
A DEDUIRE (si concerné)	
Compte 78 – Reprises sur amortissement et provisions :	0€
Compte 7087 - Remboursement des Frais par les C.R.P.A. :	3 800 000€
Compte 7721 – Produits sur exercices antérieurs :	0€
TOTAL BUDGET PRINCIPAL :	131 177 000€
BUDGETS ANNEXES	
Maison de Retraite - EHPAD	15 624 460€
U.S.L.D.	2 447 524€
S.S.I.A.D.	€
I.F.S.I. :	2 624 307€
Dotation Non Affectée (D.N.A.)	125 000€
Autre Budget (Préciser) :	€
A DÉDUIRE (si concerné)	
Compte 78 – Reprises sur amortissement, provisions et dépréciations :	€
Compte 7087 - Remboursement des Frais par les C.R.P.A. :	€
Compte 7721 – Produits exceptionnels sur exercices antérieurs ::	€
TOTAL BUDGETS ANNEXES	20 821 291€
TOTAL BUDGET PRINCIPAL + BUDGETS ANNEXES (déduction faite des comptes 78, 7087 et 7721)	151 998 291€

CONTRATS EN COURS

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

	OUI	NON
RESPONSABILITE CIVILE	oui	
Nom des Assureurs successifs durant les 10 dernières années : Vous référer au tableau des cotisations dans le dossier SERVICE FINANCIER		
Franchise en Dommages CORPORELS		€
Franchise en Dommages MATERIELS		€

Joindre la liste des sinistres CORPORELS payés ou provisionnés à plus de 100 000 €. (Voir modèle)

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

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

Durant les **quatre 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)	oui	
Nom de l'Assureur : SHAM/RELYENS		
Seuil d'intervention par sinistre pour les Agents		€
Seuil d'intervention par sinistre pour l'Etablissement		€

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

	OUI	NON
ACCIDENTS CORPORELS	oui	
Nom de l'Assureur : SHAM/RELYENS		