Questionnaire Assurances

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

Nom de l'Établissement :	**CENTRE HOSPITALIER COMMINGES PYRENEES**		
Adresse :	**351 avenue Simone Veil BP 30183 31806 SAINT GAUDENS Cedex**		
Téléphone :	**05 62 00 40 00**	Courriel :	**dse@ch-saintgaudens.fr**
N° SIRET :	**263 100 182 00017**		

Nom du Responsable des Assurances :		**M. Guillaume BERNOT**	
Téléphone :	**05 62 00 40 31**	Courriel :	**dse@ch-saintgaudens.fr**

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 reconnait avoir une connaissance suffisante des risques à assurer.**

RAPPEL DES ÉLÈMENTS A JOINDRE AU PRÉSENT QUESTIONNAIRE

POUR LE CONTRAT RESPONSABILITÉ CIVILE :

Copie de la lettre de résiliation et l'accusé de réception signé par l'assureur
Statistiques Sinistres sur les 10 dernières années fournies par l'assureur
Liste des Sinistres supérieurs à 75 000 € (délivrée par l'assureur)
Conditions Particulières et avenants du contrat en cours - Quittance de prime 2026 (à défaut 2025)
Tableau des primes RC sur 10 ans

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.

POUR LE CONTRAT PROTECTION JURIDIQUE :

Copie de la lettre de résiliation et l'accusé de réception signé par 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)

POUR LE CONTRAT ACCIDENTS CORPORELS :

Copie de la lettre de résiliation et l'accusé de réception signé par 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)

DOCUMENT RÉSERVÉ A L'USAGE EXCLUSIF DU CABINET C.E.G.A.- REPRODUCTION INTERDITE

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	**58**	**26**	Chir. esthétique		
Médecine UHP	**9**		Télémédecine *(France et/ou Etranger)*	**10 Nombre d'actes N-1**	
Chirurgie	**30**	**15**	Court séjour Gériatrique	**24**	
Gynécologie- Obst	**14**	**2**	USLD	**30**	
Réanimation	**6**		S.M.R.	**20**	**1**
USIP Soins intensifs	**3**		E.H.P.A.D.	**123**	
Méd. Nucléaire			S.S.I.A.D.		
Urgences-UHCD	**6**		H.A.D.		
Nombre de passages aux Urgences N-1	**22 176 Passages**		Autres : Préciser		
Psychiatrie Adultes					
Pédopsychiatrie					
TOTAL	**126**	**43**	**TOTAL**	**197**	**1**

Nombre de Lits : 323 **Nombre de Places :** 44

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 :	**1 685 709 €**
Repas vendus à l'extérieur :	**209 604 €**
Prestations de Blanchisserie :	**€**
Exploitation d'un scanner et ou IRM :	**1 306 353 €**
Mise à disposition du Personnel :	**1 025 432 €**
Collecte pour incinération des D.A.S.R.I.	**€**
Location de matériel ou de locaux :	**102 985 €**
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 :	**4 330 083 €**

N.B. : En raison de certaines de vos activités, vos installations **sont-elles classées ICPE** ? **OUI - ~~NON~~**

DOCUMENT RÉSERVÉ A L'USAGE EXCLUSIF DU CABINET C.E.G.A.- REPRODUCTION INTERDITE

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)**

MONTANT DES DIVERS BUDGETS DE L'ÉTABLISSEMENT

Budget validé du dernier exercice. **Indiquez l'année de référence** : 2026	
BUDGET PRINCIPAL	
M.C.O.	**82 884 425 €**
À DÉDUIRE (si concerné)	
Compte 78 – Reprises sur amortissement et provisions :	**530 000 €**
Compte 7087 - Remboursement des Frais par les C.R.P.A. :	**1 679 700 €**
Compte 7721 – Produits sur exercices antérieurs :	**0 €**
TOTAL BUDGET PRINCIPAL :	**80 674 725 €**
BUDGETS ANNEXES	
Budget USLD :	**3 286 176 €**
Budget EHPAD :	**7 210 910 €**
Budget IFAS :	**287 252 €**
Autre Budget (Préciser) :	**€**
À 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	**10 784 338 €**
TOTAL BUDGET PRINCIPAL + BUDGETS ANNEXES (déduction faite des comptes 78, 7087 et 7721)	**91 459 063 €**

DOCUMENT RÉSERVÉ A L'USAGE EXCLUSIF DU CABINET C.E.G.A.- REPRODUCTION INTERDITE

EFFECTIF

Effectif TOTAL de l'Établissement y compris médecins (en personne physique) : 1 162	
Nombre de Membres du Conseil de Surveillance : 9 voix délibératives	
Nombre de praticiens libéraux non exclusifs intervenants dans l'Etablissement : 25	
Répartition du personnel : d'Administratif : 111.49 Techniques : 64.26 Autres : 986.25	
Masse salariale (Toutes personnes collaborant au fonctionnement de l'Etablissement) (Hors Charges Patronales) :	**40, 976 Millions €**

SERVICE DE MATERNITÉ

	OUI	NON
Nombre de naissances/an : **369 naissances**		
Nombre de décès néonatal/an : **2**		
Niveau de classement de votre service Maternité : I – IIa – IIb – III : **Maternité de niv I**		
La Maternité de l'Etablissement est-elle une maternité de référence dans la prise en charge des grossesses à haut risque ?		**X**
Un Anesthésiste et un Obstétricien sont-ils toujours présents 24h/24h ?		**X mais astreintes**
Pratiquez-vous une oxymétrie du sang du cordon fœtal ? Le résultat de l'analyse est-il reporté dans le dossier Patient ?		**OUI & OUI**
Taux de césariennes réalisées sur les 3 dernières années :		**20.98 %**

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.)	**X**	
Les installations sont-elles soumises à DECLARATION et/ou AUTORISATION	~~**Autorisation**~~ *	
Rayer la mention inutile *	**Déclaration***	
Date de la dernière inspection de l'ASN : 04/2022 (Joindre le compte rendu de la dernière inspection).		
Les installations et/ou matériels sont-ils la propriété de l'Etablissement ?		**X**
Si non, sont-ils la propriété d'un GIE - GCS ?		**X**

SERVICE DES URGENCES

DOCUMENT RÉSERVÉ A L'USAGE EXCLUSIF DU CABINET C.E.G.A.- REPRODUCTION INTERDITE

	OUI	NON
Existe-t-il un **SMUR - SAMU ?**	x	
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		**994 Sorties**
L'Etablissement est-il propriétaire et exploitant de l'hélistation ?	x	
L'Etablissement sous-traite-t-il ses transports par hélicoptère ? Si oui Nom du Prestataire : Identification du prestataire : non concerné		x
Emplacement de votre Hélistation (Toiture ou au niveau du sol) **: niveau du sol**		

FORMATION

	OUI	NON
L'Etablissement gère-t-il des activités de formations ?	X	
Nombre d'élèves IFSI :		
Nombre d'élèves IFAS : 45		
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 **?**		X
Nombre de dossiers traités en moyenne sur les 3 dernières années :		**____Dossiers**
Votre Mandataire Judiciaire dispose-t-il d'une Assurance Personnelle RC PRO ?		
Votre Mandataire Judiciaire traite-t-il des dossiers d'Etablissements extérieurs au CH ?		

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

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

DOCUMENT RÉSERVÉ A L'USAGE EXCLUSIF DU CABINET C.E.G.A.- REPRODUCTION INTERDITE

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 :	**152**
Nombre d'Elèves (IFSI-IFAS-Autres) :	**45**
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 Personnes assurées au MAXIMUM en sortie simultanée).	**X**		**8**
Ces personnes du SMUR et/ou du SAMU seraient-elle assurées au titre d'un contrat GROUPE ?	**X**		
Membres du Conseil de Surveillance :	**X**		**17**
Elèves Infirmières et Aides-Soignantes :	**X**		**45**
Elèves Ambulanciers :			
Elèves Autres : Préciser : Internes	**X**		**13**
Bénévoles : (Si oui pour quel motif ?) _____			

DOCUMENT RÉSERVÉ A L'USAGE EXCLUSIF DU CABINET C.E.G.A.- REPRODUCTION INTERDITE

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 ?		X
Avez-vous déclaré un sinistre Pollution causé par vos activités ?		X
Avez-vous été victime de Pollutions causés par vos voisins ou par des Tiers ?		X
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 ?		X
Disposez-vous d'une blanchisserie ? Si OUI, en êtes-vous : PROPRIETAIRE EXPLOITANT – LOCATAIRE Rayer la mention inutile		X
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 ENREGRISTEMENT : - SOUMISE A AUTORISATION Rayer la mention inutile		
Existe-t-il des bacs de rétention sous les produits lessivables ?		X
Existe-t-il des contrôles des eaux (Ph, température bassin de décantation) ?		X

DOCUMENT RÉSERVÉ A L'USAGE EXCLUSIF DU CABINET C.E.G.A.- REPRODUCTION INTERDITE

CONTRATS EN COURS

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

	OUI	NON
RESPONSABILITE CIVILE	**X**	
Nom des Assureurs successifs durant les 10 dernières années : BEAH/SHAM RELYENS		
Franchise en Dommages CORPORELS :		**0€**
Franchise en Dommages MATERIELS :		**0€**

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

	OUI	NON
RESPONSABILITE CIVILE ENVIRONNEMENTALE		**X**
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 SPECIFIQUE et DISTINCT du Contrat Responsabilité Civile)	**X**	
Nom de l'Assureur : MOUREY JOLY/SHAM RELYENS		
Seuil d'intervention par sinistre pour les Agents :		**NEANT€**
Seuil d'intervention par sinistre pour l'Etablissement :		**NEANT€**

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

	OUI	NON
ACCIDENTS CORPORELS	**X**	
Nom de l'Assureur : SHAM/Sarre&Moselle Albingia		

Fait à
Le

Ne pas modifier le fichier en format PDF

DOCUMENT RÉSERVÉ A L'USAGE EXCLUSIF DU CABINET C.E.G.A.- REPRODUCTION INTERDITE