Questionnaire Assurances

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

Nom de l'Etablissement :	**CENTRE HOSPITALIER « GÉRARD MARCHANT » - TOULOUSE**		
Adresse :	134 route d'Espagne – BP 65714 – 31057 TOULOUSE Cedex 1		
Téléphone :	**05 61 43 77 77**	Courriel :	**secretariat.DPL@ch-marchant.fr**
N° SIRET :	**26310013300010**		

Nom du Responsable des Assurances :		**Frédéric LECENNE**	
Téléphone :	**0561434092**	Courriel :	**secretariat.DPL@ch-marchant.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'Etablissement. Chaque **assureur peut demander toutes précisions ou renseignements complémentaires qu'il désire pour une parfaite connaissance des risques à garantir.**

RAPPEL 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 30 000 € (délivrée par l'assureur)
Conditions Particulières et avenants du contrat en cours - Quittance de prime 2026 (à défaut 2025)
Tableau des primes RC sur 5 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.

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 2025 (à défaut 2024)

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 2025 (à défaut 2024)

CEGA - Bernard PISLOR Entreprise individuelle - 344 109 988 RCS AGEN - 07025907 ORIAS - NAF 6622Z – SIRET : 34410998800081 Assurance responsabilité civile professionnelle conforme au articles L512-6 – R512-14 & A.512-4 du Code des Assurances. Profession réglementée par les articles 4& 10 de l'Ordonnance 2018-361 du 16/05/2018 ainsi que l'article 59 de la loi n°71-1130 du 31/12/1971 – sous le contrôle de l'ACPR 4 Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS Cedex 09 – Inscription au registre unique tenu par l'ORIAS vérifiable sur www.orias.fr Siège du Cabinet : 174 Bis Avenue Michelet Résidence Michelet Bâtiment B 47000 AGEN – **05.53.48.12.11.**

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

ACTIVITÉS	Nb de LITS	OUI	NON	ACTIVITES	Nb de LITS	OUI	NON
MÉDECINE			X	MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉE			X
PSYCHIATRIE ADULTES	296	X		MOYEN SÉJOUR			X
PÉDOPSYCHIATRIE	20	X		Autres : Préciser	80	X	
Soins de surveillance Continue			X	Autres : Préciser			X
UEROS			X				X
URGENCES PSY			X				X

Nombre de Lits : 396 **Nombre de Places : 205**

ACTIVITÉS ANNEXES DE L'ÉTABLISSEMENT

Rétrocession sur médicaments :	**0 €**
Repas vendus à l'extérieur :	**11 066.54 €**
Prestations de Blanchisserie :	**0 €**
Mise à disposition du Personnel :	**2 396 797.23 €**
Location de matériel ou de locaux : DAHFSI 415 463.86€ + DPL évènementiel 5109.09	**420 572.95 €**
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.	**0 €**
Prestations de livraison par drone	**0 €**
Prestations de réparations Automobiles	/
Prestations informatiques pour le compte de tiers	**0 €**
Autres activités : Préciser : _____	**0 €**
TOTAL :	**2 828 436.60 €**

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.

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

MONTANT DES DIVERS BUDGETS DE L'ÉTABLISSEMENT

Budget validé du dernier exercice. Indiquez l'année de référence : 2024	
BUDGET PRINCIPAL	
BUDGET H	**112 983 653.73 €**
A DEDUIRE (si concerné)	
Compte 78 – Reprises sur amortissement et provisions :	**3 274 007 .52€**
Compte 7087 - Remboursement des Frais par les C.R.P.A. :	**1 386 342.79€**
Compte 772 – Produits sur exercices antérieurs :	**829 167.14€**
TOTAL BUDGET PRINCIPAL :	**107 494 136.28€**
BUDGETS ANNEXES	
M.A.S. (Maison d 'Accueil spécialisée)	**/**
I.F.S.I. / I.F.A.S. :	**/**
Dotation Non Affectée (D.N.A.)	**/**
Autre Budget (Préciser) : USLD	**5 849 714,30 €**
À DÉDUIRE (si concerné)	
Compte 78 – Reprises sur amortissement, provisions et dépréciations :	**261 882.10€**
Compte 7087 - Remboursement des Frais par les C.R.P.A. :	**0 €**
Compte 7721 – Produits exceptionnels sur exercices antérieurs :	**23 357.25 €**
TOTAL BUDGETS ANNEXES	**5 564 474.95 €**
TOTAL BUDGET PRINCIPAL + BUDGETS ANNEXES (déduction faite des comptes 78, 7087 et 7721)	**113 058 611.23 €**

EFFECTIF

Effectif TOTAL de l'Établissement y compris médecins (en personne physique) : 1529 AU 31/12/2025 Dont interne / dont personnel MAD d'une autre structure
Nombre de Membres du Conseil d'Administration : _____
Nombre de Membres du Conseil de Surveillance : 15
Nombre de Médecins ou de Coordinateur salariés : **130** Si oui E.T.P. : 115.7 (dont interne/ docteur junior)
Masse salariale (toute personne collaborant au fonctionnement de l'Etablissement et qui perçoit une rémunération) Hors Charges Patronales) : 59 826 873,59 €

FORMATION	**OUI**	**NON**
L'Etablissement gère-t-il des activités de formations ?		**X**
Nombre d'élèves IFSI :		
Nombre d'élèves IFAS :		
Autres : Préciser : Nombre :		

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

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 : _____ (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

	OUI	NON
L'Etablissement dispose-t-l d'une **unité d'accueil psychiatrique d'urgence ?**		x
Les urgences psychiatriques sont-elles assurées via un **service externalisé / SAMU / CMP** ? Ou sont-elles internes à l'établissement		x

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 :	**80 Dossiers**	
Votre Mandataire Judiciaire dispose-t-il d'une Assurance Personnelle RC PRO ?		x

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 :	/
Nombre d'Elèves (IFSI-IFAS-Autres) :	/
Nombre d'Adultes handicapés :	/
Nombre d'Hospitalisés participant à des activités sportives :	100
Nombre de Pensionnaires Mineurs :	20 LITS
Nombre de Pensionnaires Majeur :	376 LITS
Nombre de Personnes en Accueil familial thérapeutique :	13 LITS
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
Membres du Conseil de Surveillance :	X		15
Elèves Infirmières et Aides-Soignantes :		X	
Personnel travaillant en milieu carcéral : 20 médecins et 116 agents personnel non médical Préciser : SMPR - UHSA	X		136
Bénévoles : (Si oui préciser pour quel motif ?) _____	X		10
Autres : Préciser : _____			

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 ? **(RC Générale)**		
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 ?		

CONTRATS EN COURS

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

	OUI	NON
RESPONSABILITE CIVILE	x	
Nom de l'Assureur : RELYENS MUTUAL INSURANCE		
Franchise en Dommages CORPORELS		**0 €**
Franchise en Dommages MATERIELS		**0 €**

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

	OUI	NON
RESPONSABILITE CIVILE ENVIRONNEMENTALE : inclu dans RC de base	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 R.C.)	x	
Nom de l'Assureur : RELYENS MUTUAL INSURANCE		
Seuil d'intervention (Franchise) par sinistre pour les Agents		**0 €**
Seuil d'intervention (Franchise) par sinistre pour l'Etablissement		**0 €**

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 :		

Fait à TOULOUSE le 18/03/2026

CENTRE HOSPITALIER GERARD MARCHANT
Frédéric LECENNE
Directeur du Patrimoine et de la Logistique

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