Questionnaire Assurances

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

Sans Maternité ni Chirurgie

Nom de l'Etablissement :	**CENTRE HOSPITALIER DE MURET**		
Adresse :	BP 10202 / 31605 MURET		
Téléphone :	**05 67 52 80 00**	Courriel :	**direction@ch-muret.fr**
N° SIRET :	**263 100 604 000 10**		

Nom du Responsable des Assurances :		**Marjorie CARLIER**	
Téléphone :	**05 67 52 80 19**	Courriel :	**m.carlier@ch-muret.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 et places	OUI	NON	ACTIVITES	Nb de LITS et places	OUI	NON
MÉDECINE	15	x		S.S.I.A.D.	50	x	
SMR	35	x		FAM	25	x	
USLD	53	x		SESSAD	24	x	
EHPAD	80	x		HDJ Court séjour	2	x	
MAS	85	x				x	
Accueil de jour Alzheimer	12	x		Autres : Préciser			
IME	65	x		Autres : Préciser			

Nombre de Lits : 316 **Nombre de Places : 130**

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

Repas vendus à l'extérieur (livraison comprise) :	**€**
Prestations de Blanchisserie :	**€**
Location de matériel ou de locaux :	**5832.29 €**
Prestations de livraison par drone	**€**
Prestations de réparations Automobiles	**€**
Prestations informatiques pour le compte de tiers	**€**
Autre :	**€**

EFFECTIF

Effectif TOTAL de l'Établissement y compris médecins (en personne physique) :_____555_____
Nombre du Conseil d'administration : néant
Nombre de Membres du Conseil de Surveillance : _____9_____
Nombre de Médecins ou de Coordinateur salariés : **___11___** Si oui E.T.P. : __8.7_____

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

Masse salariale (toute personne collaborant au fonctionnement de l'Etablissement et qui perçoit une rémunération) Hors Charges Patronales) : _____19 291 352.94_____ €

MONTANT DES DIVERS BUDGETS DE L'ÉTABLISSEMENT

Budget validé du dernier exercice. **Indiquez l'année de référence** : 2025	
BUDGET PRINCIPAL	
Budget H	**18 615 019.64 €**
Autre Budget (Préciser) :	**€**
A DEDUIRE (si concerné)	
Compte 78 – Reprises sur amortissement et provisions :	**37 774.67 €**
Compte 7087 - Remboursement des Frais par les C.R.P.A. :	**7 793 450.46 €**
Compte 7721 – Produits sur exercices antérieurs :	**43 788.41 €**
TOTAL BUDGET PRINCIPAL :	**10 740 006.10 €**
BUDGETS ANNEXES	
EHPAD	**4 712 490.69 €**
U.S.L.D.	**4 813 339.43 €**
S.S.I.A.D.	**1 042 764.76 €**
ACCUEIL DE JOUR	**417 114.50 €**
MAS	**9 261 709.93 €**
IME	**5 953 189.53 €**
FAM	**2 253 417.51 €**
SESSAD	**614 016.85 €**
Dotation Non Affectée (D.N.A.)	
Autre Budget (Préciser) :	**€**
A DÉDUIRE (si concerné)	
Compte 78 – Reprises sur amortissement et provisions :	**339 838.79 €**
Compte 7087 - Remboursement des Frais par les C.R.P.A. :	**€**
Compte 7721– Produits sur exercices antérieurs :	**31 471.52 €**
TOTAL BUDGETS ANNEXES	**28 696 732.89 €**
TOTAL BUDGET PRINCIPAL + BUDGETS ANNEXES (déduction faite des comptes 78, 7087 et 7721)	**39 436 738.99 €**

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 ?		
Si non, sont-ils la propriété d'un GIE - GCS ?		

SERVICE DES URGENCES

	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		**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 ?		**x**
Nombre d'élèves IFSI :		
Nombre d'élèves IFAS :		
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 ?		**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, l'Etablissement **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	
Résidents en Foyer Logement		X	
Autres catégories de personnes : Préciser :		X	

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'Établissement peut prendre différentes mesures. Tout d'abord, l'Établissement doit prendre des mesures préventives.

	OUI	NON
Êtes-vous actuellement assuré contre les risques environnementaux ? **(RC Générale)**		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 À ENREGRISTEMENT : - SOUMISE À 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) ?		

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

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** ?

N.B. *: Cette assurance propose une garantie Décès, Invalidité et Frais de Soins à hauteur des frais réels.*

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	
Ces personnes du SMUR et/ou du SAMU seraient-elle assurées au titre d'un contrat GROUPE ?			
Membres du Conseil de Surveillance :		X	
Élèves Infirmières et Aides-Soignantes :		x	
Élèves Ambulanciers :		x	
Élèves Autres : Préciser _____		x	
Bénévoles : (Si oui pour quel motif ?) _____			

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 : YVELIN		
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
PROTECTION JURIDIQUE (**Contrat SPECIFIQUE et DISTINCT du Contrat R.C.**)	X	
Nom de l'Assureur : SHAM		
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		
Nom de l'Assureur :		

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

Fait à Muret

Le 13 mars 2026

Ne pas modifier le fichier en format PDF

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