Questionnaire Assurances

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

Sans Maternité ni Chirurgie

Nom de l'Etablissement :	**HÔPITAUX DE LUCHON**		
Adresse :	CRF 5 cours des Quinconces 31110 BAGNERES DE LUCHON		
Téléphone :	**05 61 79 94 10**	Courriel :	**economat-hdl@hopitauxdeluchon.fr**
N° SIRET :	**263 100 158 00041**		

Nom du Responsable des Assurances :	**M. BERNOT Guillaume**		
Téléphone :	**05 61 79 94 10**	Courriel :	**economat-hdl@hopitauxdeluchon.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				S.S.I.A.D.			
MOYEN SEJOUR				RADIOLOGIE			
LONG SEJOUR				URGENCES			
PSYCHIATRIE				Accueil de Jour	21		
EHPAD	110			Hébergement Temporaire			
Unité Alzheimer				Autres : Préciser			
SMR	64			Autres : Préciser			

Nombre de Lits : **64** **Nombre de Places : 21**

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) 2025	**78 902 €**
Prestations de Blanchisserie :	**€**
Location de matériel ou de locaux :	**€**
Prestations de livraison par drone	**€**
Prestations de réparations Automobiles	**€**
Prestations informatiques pour le compte de tiers	**€**
Autre : MAD de personnel 2025	**135 634 €**

EFFECTIF

Effectif TOTAL de l'Établissement y compris médecins (en personne physique) : 289
Nombre de Membres du Conseil d'Administration : sans objet
Nombre de Membres du Conseil de Surveillance : 9 membres voix délibérative
Nombre de Médecins ou de Coordinateur salariés : **11** Si oui E.T.P. : 4.99

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) : 9, 600 millions €

MONTANT DES DIVERS BUDGETS DE L'ÉTABLISSEMENT

Budget validé du dernier exercice. **Indiquez l'année de référence** : 2026	
BUDGET PRINCIPAL	
SMR	**11 948 270 €**
Autre Budget (Préciser) :	**€**
A DEDUIRE (si concerné)	
Compte 78 – Reprises sur amortissement et provisions :	**100 000 €**
Compte 7087 - Remboursement des Frais par les C.R.P.A. :	**1 097 682 €**
Compte 7721 – Produits sur exercices antérieurs :	**0€**
TOTAL BUDGET PRINCIPAL :	**10 750 588 €**
BUDGETS ANNEXES	
EHPAD	**7 443 048 €**
U.S.L.D.	**€**
S.S.I.A.D.	**€**
I.F.S.I. :	**€**
Dotation Non Affectée (D.N.A.)	**€**
Autre Budget (Préciser) :	**€**
A DÉDUIRE (si concerné)	
Compte 78 – Reprises sur amortissement et provisions :	**4 000 €**
Compte 7087 - Remboursement des Frais par les C.R.P.A. :	**€**
Compte 7721– Produits sur exercices antérieurs :	**€**
TOTAL BUDGETS ANNEXES	**7 439 048 €**
TOTAL BUDGET PRINCIPAL + BUDGETS ANNEXES (déduction faite des comptes 78, 7087 et 7721)	**18 189 636 €**

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.)		
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 ?		
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 **?**		
Nombre de dossiers traités en moyenne sur les 3 dernières années :	**____Dossiers**	
Votre Mandataire Judiciaire dispose-t-il d'une Assurance Personnelle RC PRO ?		

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		**142**

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

Résidents en Foyer Logement			
Autres catégories de personnes : Préciser :			

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)**		
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 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) ?		

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.

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

	OUI	NON	Nombre de Personnes
SMUR – SAMU (Nombre de Personnes assurées au MAXIMUM en sortie simultanée).			
Ces personnes du SMUR et/ou du SAMU seraient-elle assurées au titre d'un contrat GROUPE ?			
Membres du Conseil de Surveillance :			
Élèves Infirmières et Aides-Soignantes :			
Élèves Ambulanciers :			
Élèves Autres : Préciser _____			
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		
Nom de l'Assureur :		
Franchise en Dommages CORPORELS		**€**
Franchise en Dommages MATERIELS		**€**

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.**)		
Nom de l'Assureur :		
Seuil d'intervention (Franchise) par sinistre pour les Agents		**€**
Seuil d'intervention (Franchise) 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		
Nom de l'Assureur :		

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