Questionnaire Assurances
Dommages aux Biens pour les Etablissements Publics de Santé

Nom de l'Établissement :	**HÔPITAUX DE LUCHON**		
Adresse :	5, Cours des Quinconces 31110 BAGNERES DE LUCHON		
Téléphone :	**05.61.79.93.00**	Courriel :	**dse@ch-saintgaudens.fr**
N° SIRET :	**263 100 158 000 41**		

Nom du Responsable des Assurances :		**BERNOT Guillaume**	
Téléphone :	**05.62.00.40.31**	Courriel :	**dse@ch-saintgaudens.fr**
Nom du Responsable des Services Techniques :		**BAGUES-CASTRO Audrey**	
Téléphone :	**05.62.00.40.47**	Courriel :	**technique@ch-saintgaudens.fr**

Le contrat d'assurance de **Dommages aux biens et Risques Annexes** sera établi sur la base déclarative du présent questionnaire complété par l'Etablissement. Chaque **assureur peut demander toutes précisions ou renseignements complémentaires qu'il désire et dès lors, il reconnait avoir une connaissance suffisante des risques à garantir.**

RAPPEL DES ÉLÈMENTS A JOINDRE AU PRÉSENT QUESTIONNAIRE

POUR LE CONTRAT DOMMAGES AUX BIENS :

Copie de la lettre de résiliation et l'accusé de réception signé de 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)
Tableau des primes sur 4 ans
Plan(s) de Masse
Etat des surfaces à assurer
Certificats Q4 (Extincteurs mobiles) et Q18 (Installations électriques contrôlées par vérificateur agréé)
Rapport(s) de La Commission de Sécurité (Si 1 ou 2 Bâtiments).
Au-delà de 3 bâtiments, établir un tableau de synthèse

S'il y a lieu les documents suivants :
Les baux de Locations
Justificatifs concernant les bâtiments classé ou inscrit à l'inventaire des monuments historique
Liste et valeur des œuvres d'art et collections

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.**

ÉTAT DU PATRIMOINE IMMOBILIER

Surface développée **totale** du ou des bâtiments à assurer : **21 382 m²**

On entend par surface développée, la surface au sol de chaque bâtiment calculé à l'extérieur des murs et multiplié par le nombre de niveaux, exception faite des parties en sous-sols ou les greniers non utilisés qui doivent être comptés pour moitié de leur superficie. **Merci de joindre votre plan de Masse**

	Site Principal	Autre Site	Autre Site	Autre site
Adresse	**Centre de Rééducation Fonctionnelle 5, Cours des Quinconces 31110 Bagnères de Luchon**	**Centre de Convalescence & Gériatrie 4, Av Alexandre Dumas 31110 Bagnères de Luchon**	**EHPA G. ROUY 1, Bvd Charles de Gaulle 31110 Bagnères de Luchon**	**EHPAD N. Sécail 1, Route du Col des Ares 31510 Antichan de Frontignes**
Qualité : Propriétaire ; Propriétaire Non Occupant, Locataire	**Propriétaire**	**Propriétaire**	**Propriétaire**	**Propriétaire**
Affectation (hébergement, administratif, atelier, logement de fonction…)	**hébergement**	**hébergement**	**hébergement**	**hébergement**
Surface développée	**7 968 m²**	**3 096 m²**	**3 316 m²**	**4 100 m²**
Année de construction	**1697 à 2017**	**1964**	**1998**	**2015**
Type de plancher (bois, béton, dalle…)	**Béton**	**Béton**	**Béton**	**Béton**

Si vous avez PLUS DE 4 BÂTIMENTS, vous devez compléter le tableau « ÉTAT DES SURFACES » joint à ce questionnaire.

IMPORTANT : A défaut, vous pouvez remplacer le tableau par vos propres documents. Toutefois, vous devez nous communiquer les surfaces, l'usage du bâtiment (Médecine, Chirurgie, Psychiatrie Adulte, Pédopsychiatrie, chapelle, hébergement, administratif, atelier, blanchisserie, magasin et/ou stockage, archives, logement de fonction…) votre qualité (propriétaire, propriétaire non occupant, locataire…) et le nombre de lits et places par bâtiment.

	OUI	NON
L'Établissement comporte-t-il **des planchers bois ?**		**X**
Si OUI : Superficie : De quel(s) bâtiment(s) s'agit-il ? : Adresse du ou des bâtiments :		
Avez-vous un bâtiment ou partie de **bâtiment classé ou inscrit à l'inventaire des monuments historique** ? **Si OUI : joindre justificatif**		**X**

Si oui lequel ? :
Quelle est sa surface ? :
Adresse du ou des bâtiments :

	OUI	NON
Avez-vous des **bâtiments désaffectés, inoccupé ou destinés à la démolition ?**	x	
Si oui préciser la nature (désaffectés ou inoccupé ou destinés à la démolition) ? : De quel(s) bâtiment(s) s'agit-il ? : Etablissement Bertren Adresse du ou des bâtiments : 17 rue Vignaux 65370 BERTREN Quels sont les mesures de précaution contre le SQUAT ? (Ex : portes fermées à clef, fenêtres munies de volets ou de barreaux, société de gardiennage, surveillance régulière) : portail et portes fermés à clef.		
Avez-vous des bâtiments au titre de votre **Dotation Non affectée** ?		X
Si OUI : Superficie des bâtiments relevant de votre D.N.A. : _____ M2 Adresse du site : Nature de cette **DNA** : Château – Ferme agricole – Maison Individuelle – Prairies – Bois. Autre : Préciser :		
Avez-vous des **Véranda, Serres de Jardin** ?		X
Si OUI : Superficie : _____ M2		
L'Établissement possède-t-il des **Panneaux Photovoltaïques** ?		X
Si OUI : Superficie des panneaux photovoltaïques : _____ m² Préciser la situation géographique de ceux-ci (installation en plein air sur les ombrières des parcs de stationnement / site concerné etc…) :		
L'Établissement dispose-t-il de chapiteaux ou de structures légères (tente, barnum…) ?		X
L'Établissement est-il propriétaire de bornes de recharges de véhicules électriques ?		
Si OUI : Nombre et puissance de ces bornes : Nb _____ et _____ KW Préciser la situation géographique de ceux-ci (installation en plein air sur les parcs de stationnement / site concerné etc…) :		
L'Etablissement possède-t-il des œuvres d'art et collections ? **Si OUI** : **joindre la liste et les valeurs** **Préciser leur lieu de stockage :**		X
L'Etablissement est-il amené à exposer des œuvres d'art et collections propriété d'un tiers (musée / association / patients-résidents) ?		
Si OUI : **une convention de prêt est-elle systématiquement signée ?**		
Et cette convention détaille-t-elle les œuvres remises et leur valeur ?		
L'Établissement dispose-t-il d'une **blanchisserie** ?		X
Si OUI : Superficie : _____ M2		

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

Précisez l'emplacement du bâtiment ou du local de la blanchisserie : S'agit-il d'un bâtiment isolé – Intégré dans un Bâtiment (si OUI : Lequel) : Tonnage journalier de traitement de linge : ___ Tonne(s) / Jour		
Existe-t 'il des bacs de rétention sous les produits lessiviels ?		
Existe-t 'il des contrôles des eaux (Ph, température bassin de décantation)		

PRÉVENTION DES RISQUES

	OUI	NON
L'Établissement dispose-t-il d'une équipe de sécurité-incendie interne ?	**X**	
Si OUI : Préciser le nombre d'Agents composant cette équipe de sécurité : S.S.I.A.P. 1 : 4 - S.S.I.A.P. 2 : 0 - S.S.I.A.P. 3 : 0		
Nombre d'agents de l'Établissement ayant la qualité de « sapeurs-pompiers volontaires » ? (NB *: ce renseignement permet de bénéficier de l'abattement tarifaire prévu par l'article 9 de la loi N°96-370 du 3 mai 1996*).	**4 Agents**	
Nombre d'Agents d'astreinte dans l'Établissement (nuit week-end,) ?	**1 Agents**	
Existe-t'il un report d'alarme à un poste de surveillant permanent ? PC SECURITE ?		**X**
L'INTERDICTION DE FUMER est-elle bien appliquée dans votre Établissement ?		**X**
Un Permis de Feu est-il établi au sein de l'Établissement ? **Le PERMIS DE FEU** est un Plan de Prévention écrit pour chaque travail par points chauds (coupage, meulage, soudage…).	**X**	
L'Établissement est-il répertorié à la Brigade des Sapeur-Pompier ?	**X**	
Existe-t-il un Plan d'Opération interne établi par la BSP pour l'Établissement ?	**X**	
Distance de la Brigade des Sapeurs-Pompiers la plus proche : Bagnères de Luchon Saint Béat		**1.9 Kms** **12 Kms**
L'Établissement dispose-t-il de moyens de PREVENTION contre le VOL ?		**X**
Alarme particulière ?		
Si OUI sur quels bâtiments : Vidéosurveillance ? Préciser le site sous vidéosurveillance :		
Existe-t'il des sites, des bâtiments ou locaux en zone inondable ?	**X**	
Si oui, lesquels : Le Centre de Rééducation Fonctionnelle & l'EHPAD G. Rouy **Préciser également si des dispositions ont été prises pour limiter ce risque :**		
Avez-vous réalisé une recherche par adresse de votre exposition aux risques naturels? (Inondation – Mouvement de terrain – Tempête – Ouragan, Cyclone, Tornade, Grêle – Séisme – Feux de forêts – Éruptions Volcaniques).	**X**	
Certains de vos bâtiments ont-ils déjà subi des sinistres en lien avec ces risques naturels ?	**X**	
Préciser quels risques : Tempêtes - crues		
Vos bâtiments ont-ils subi des sinistres classés CATASTROPHE NATURELLE ?	**X**	

Dans l'affirmative quels types de bâtiments ou de structures ont subi des dommages ? (Installation électriques principale – Groupe Électrogène – Service des Urgences – Blocs Opératoires – Parkings…). Préciser : CRF : ascenseurs/stock magasin/TGBT Indemnisation de l'Assureur (si connue) :		
À l'issue des évènements, la Commune et/ou la Préfecture ont-ils réalisé des travaux de Prévention des Risques ?		**X**

GARANTIE CONTENU EN CHAMBRES FROIDES

Indiquer la valeur maximale détenue en chambre froide, réfrigérateurs (Aliments, médicaments, etc.) :	
Produits alimentaires	**5 000 €**
Pharmacie	**7 000 €**

	OUI	NON
Les chambres froides sont-elles sous alarme sonore lors d'une panne électrique ou lors de variation de température ?	**X**	
Les alarmes des chambres froides sont-elles reportées ?		**X**
Si oui, précisez auprès de quel service :		

BRIS DE MACHINE

Installations générales et techniques : matériel médical, groupes électrogènes etc ……

Quelle est la valeur du matériel le plus cher et sa date d'achat : 15/03/2016	**79 320 €**
De quel type de matériel s'agit-il : Centrale SSI SIEMENS (EHPAD G.ROUY)	

	OUI	NON
Les matériels de moins de 5 ans disposent-ils de contrats de maintenance ? Si OUI : Type de maintenance :	**X**	
PREVENTIVE (Contrôles réguliers de vos équipements)	**X**	
CURATIVE (Elle permet la prise en charge de toutes les interventions résultant d'un arrêt du matériel nécessitant le remplacement d'une pièce détachée).	**X**	
PREVENTIVE et CURATIVE	**X**	

TOUS RISQUES INFORMATIQUES

Équipements Informatiques : serveur, ordinateurs, autocommutateur, onduleurs…

Quelle est la valeur du matériel le plus cher et sa date d'achat : 2014	**22 500 €**
De quel type de matériel s'agit-il : Autocommutateur ASTRA	

	OUI	NON
Les matériels de moins de 3 ans disposent-ils de contrats de maintenance Informatique ? Si OUI : Type de maintenance :	**X**	

PREVENTIVE (Sauvegarde des données, suivi des antivirus et de la sécurité informatique, paramétrage des logiciels…)	X	
CORRECTIVE (Réparations, récupérations des données, réinstallation, dépannage informatique…)	X	
EVOLUTIVE (Mise à jour des matériels, logiciels et outils informatiques pour garantir un fonctionnement optimal de votre système informatique)	X	

AVIS DE LA COMMISSION DE SÉCURITÉ

	OUI	NON
Existe-t-il un ou plusieurs bâtiments ayant reçu un **AVIS DEFAVORABLE** suite à la dernière visite de la Commission de Sécurité. **Joindre la copie de l'avis de la commission de sécurité que l'avis soit FAVORABLE ou DEFAVORABLE.**		X
Si réponse affirmative, préciser les dispositions prises par l'Établissement pour diminuer voire éliminer le risque :		

CONTRATS EN COURS

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

	OUI	NON
DOMMAGES AUX BIENS	X	
Nom de l'Assureur : SHAM		
Franchise par sinistre :	**2 000 €**	
Autres Franchises :	**€**	

	OUI	NON
BRIS DE MACHINES ET TOUS RISQUES INFORMATIQUES	X	
Nom de l'Assureur : SHAM		
Franchise par sinistre en BRIS DE MACHINES :	**€**	
Franchise par sinistre en RISQUES INFORMATIQUES :	**€**	

	OUI	NON
PERTES D'EXPLOITATION	X	
Nom de l'Assureur : SHAM		
Franchise par sinistre :	**Jours**	
Franchise au titre des Frais Supplémentaires :	**Jours**	

Fait à Saint-Gaudens
Le 02/03/2026

Ne pas modifier le fichier en format PDF

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