

Sofaxis

La meilleure couverture de vos risques,
le pilotage et la prévention en plus



Assurances Flotte automobile,
Dommages aux biens,
Responsabilité civile et Protection
juridique

**QUESTIONNAIRE
ASSURANCES MULTIRISQUES
Etablissements hospitaliers**



sofaxis

L'EXPERT EN ASSURANCE
DU MONDE TERRITORIAL

SOMMAIRE

Informations générales	p.3
Dommmages aux biens et perte d'exploitation	p.4
Responsabilité civile	p.6
Flotte automobile	p.7
Protection juridique et divers	p.10

Informations générales*

- **Nom ou raison sociale :**
- **Code SIREN :**
- **Adresse :**
- **CP/Ville :**
- **Précisez si plusieurs sites à assurer :**
- **Date création établissement**
- **Budget annuel de fonctionnement :**
- **Personne en charge du dossier :**
 - Ligne directe :
 - Courriel :

*Renseignez les champs disponibles ou cochez les cases svp.

Dommages aux biens et perte d'exploitation*

- **Assurance actuelle :**
 - Courtier :
 - Assureur :
 - Echéance :
 - Préavis de résiliation :
 - Prime TTC annuelle :
 - Franchise :
- **Qualité :** Propriétaire Locataire Sous-locataire - *Si locataire, joindre copie du bail.*
- **Surface développée totale du bâtiment (m²) :**
 - dont surface classée monument historique (m²) :
- **Valeur du bâtiment (si connue)**
- **Valeur du mobilier/matériel/agencements (valeur à neuf ou par défaut valeur brute comptable) :**
 - dont biens informatiques :
 - dont équipement médical :
- **Valeur de la marge brute annuelle (si assurée) :**
- **Garanties souhaitées :**

	OUI	NON
- Dommages électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Construction en béton/parpaing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Construction avec charpente métallique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Compartimentage interne coupe-feu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Système de détection automatique d'incendie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Système d'extinction automatique (sprinklers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Extincteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Robinets Incendie Armés (RIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Chauffage gaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Chauffage fuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Entretien chauffage annuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vérification électrique annuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Préparation des repas sous-traitée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nombre d'étages du bâtiment (hors RDC) :		

Merci de joindre le dernier procès verbal de la commission de sécurité.

*Renseignez les champs disponibles ou cochez les cases svp.

Responsabilité civile*

- **Assurance actuelle :**
 - Courtier :
 - Assureur :
 - Echéance :
 - Préavis de résiliation :
 - Prime TTC annuelle :
 - Franchise :
- **Nombre de lits :**
- **Nombre d'agents :**
 - dont médecin(s) :
 - dont infirmiers :
 - dont aides soignants :
- **Masse salariale (M22)**
- **Sinistres des 3 dernières années** (indiquez « néant » si aucun sinistre et pour chaque sinistre le montant net évalué) :

Date	Nature du sinistre	Circonstances	Montant

*Renseignez les champs disponibles ou cochez les cases svp.

Flotte automobile*

• **Assurance actuelle :**

- Courtier :
- Assureur :
- Echéance :
- Préavis de résiliation :
- Prime TTC annuelle :
- Franchise :
- Nombre de véhicules :
- Coefficient de bonus/malus :

Merci de joindre les copies des cartes grise et votre relevé d'informations (à demander à votre compagnie actuelle).

Complétez le tableau « Etat de la flotte automobile » en page suivante.

Précisez l'ensemble des sinistres sur les 3 dernières années sur le tableau « Sinistre de la flotte automobile » en page suivante.

• **Garantie Auto-Mission** (utilisation du véhicule personnel des agents à des fins professionnelles - ex : trajet pour se rendre à une formation...) :

OUI NON

- Si OUI : Nombre de kms effectués par an :
- Nombre d'agents concernés :

Protection juridique*

• **Assurance actuelle :**

- Courtier :
- Assureur :
- Echéance :
- Préavis de résiliation :
- Prime TTC annuelle :

- **Vous souhaitez souscrire à la protection juridique :** OUI NON

Vos remarques ou suggestions, vos attentes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nous vous remercions dès à présent d'avoir répondu à l'ensemble de ces questions.
Les informations que vous nous communiquez seront bien entendu traitées confidentiellement.
Vous pouvez nous contacter pour toute information au **02 48 48 15 15**.

Questionnaire à retourner :

- Par fax : 02.48.48.14.44
- Par courriel : assuranceiard@sofaxis.com
- Par courrier : Sofaxis – Assurances Dommage, Flotte et Responsabilités
18020 Bourges Cedex

*Renseignez les champs disponibles ou cochez les cases svp.