

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

statuant en matière d'assurance de responsabilité civile médicale

QUESTIONNAIRE – PROPOSITION

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

PROFESSIONNELLE

ETABLISSEMENTS DE SANTE

REPLIR IMPERATIVEMENT TOUS LES DOCUMENTS AU STYLO NOIR. NE PAS AGRAFER

Identité du Proposant :N° SIREN.....

Contrat en cours :

- date de fin des garanties : _____

- nom de l'assureur : _____

**CE QUESTIONNAIRE EST A RETOURNER SIGNE AVEC TOUTES SES ANNEXES
PAR VOIE POSTALE**

Principales caractéristiques de l'établissement

RAISON SOCIALE ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT :

Répéter N° SIREN : _____

Adresse de ou des établissement(s) assuré(s) autre(s) que l'établissement principal :

N° 2 :

N° 3 :

Nom du responsable des assurances : _____

Téléphone : _____

Télécopie : _____

E-mail : _____

STATUT JURIDIQUE DE L'ASSURE

CAPACITE DE L'ETABLISSEMENT

Catégorie dans laquelle est classé l'établissement : _____

	Nombre de lits	Nombre de places	Chiffre d'affaires HT ou Budget autorisé du dernier exercice comptable (1) (2)			Résultats		
			Année n	Année n-1	Année n-2	Année n	Année n-1	Année n-2
Médecine								
Moyen séjour								
Long séjour								
Chirurgie								
Psychiatrie								
Obstétrique (3)								
Soins de suite et de réadaptation								
TOTAL								

(1) Précisez l'année du dernier exercice comptable : _____

(2) Précisez, le cas échéant, le chiffre d'affaires de la chirurgie esthétique non réparatrice HT : _____

(3) Dans l'hypothèse d'un service d'obstétrique, précisez le nombre de naissances/an : _____

Activité de l'établissement

DESCRIPTION DE L'ACTIVITE :

DISCIPLINES (cocher la ou les cases)

- Médecine
- Chirurgie
- Obstétrique
- Psychiatrie
- Soins de suite et de réadaptation
- Soins de longue durée

SPECIFICITES (cocher la ou les cases)

- Transplantation d'organe / greffe de moelle osseuse
 - Traitement des grands brûlés
 - Neurochirurgie
 - Accueil et traitement des urgences
 - Réanimation
 - Radiothérapie
 - Chimiothérapie
 - Néonatalogie
 - Traitement de l'insuffisance rénale
 - Procréation médicalement assistée
 - Réadaptation fonctionnelle
 - Chirurgie esthétique (non réparatrice)
 - Diagnostic ante – natal
 - Autres (les décrire) : _____
-
-

Commentaires : _____

Activité de l'établissement

	Personnels salariés		Personnels non salariés		Nombre total	
	Réel	ETP*	Réel	ETP*	Réel	ETP*
I) PERSONNEL MEDICAL						
Médecins						
Chirurgiens						
Chirurgien obstétrique						
Gynécologue obstétricien						
Pharmaciens						
Anesthésistes						
Sages-femmes						
II) PERSONNEL PARA-MEDICAL						
Aides soignantes						
Infirmières						
Kinésithérapeutes						
Autres						
III) PERSONNEL ADMINISTRATIF						
TOTAL GENERAL I + II + III						

* Equivalent Temps Plein

Masse salariale brute des personnels salariés : _____

Chiffre d'affaires (honoraires) HT – TTC* des personnels non salariés : _____

* préciser si HT ou TTC

Activité de l'établissement

GESTION DES LOCAUX

Date de construction et de rénovation des bâtiments : _____

Politique d'investissements :

Investissements Spécialités concernées	Rénovations réalisées		Investissements programmés	
	Date de la rénovation	Montant de budget	Date prévisionnelle	Budget alloué

Prévention des risques

1 - L'établissement a-t-il reçu l'accréditation ?..... OUI – NON

Dans la négative, précisez la date d'engagement à l'accréditation : _____

Dans l'affirmative, indiquer la date et quelles sont les appréciations (et éventuelles réserves) du collège d'accréditation ?

Quelles sont les prochaines étapes prévues ? _____

2 - L'établissement dispose-t-il d'un professionnel de la qualité ?... . OUI – NON

3 - Existe-t-il un programme rédigé de mise en place
d'une démarche de gestion de la qualité et des risques ?..... OUI – NON

4 - Un comité multidisciplinaire permettant de coordonner
la mise en place de cette démarche a-t-il été créé ?..... OUI – NON

5 - Existe-t-il une fiche de signalement des évènements
indésirables et un circuit de signalement ?..... OUI – NON

6 - Disposez-vous d'un responsable de la gestion de la
qualité et des risques ?..... OUI – NON

7 - Existe-t-il une méthodologie d'analyse et de traitement
des risques identifiés ?..... OUI – NON

8. Une procédure écrite de gestion des réclamations
est-elle mise en place ? _____ OUI – NON

si oui, fournir copie de la procédure d'investigation avec la précision de la personne responsable qui assure le suivi des dossiers

9 - Une procédure écrite de gestion des plaintes
est-elle mise en place ?..... OUI – NON

Si oui, fournir copie de la procédure d'investigation avec la précision de la personne responsable qui assure le suivi des plaintes

10 - Existe-t-il au sein de l'établissement une charte de fonctionnement des équipes médicales (y compris en ce qui concerne les services de garde) ?... OUI - NON

Si oui, la transmettre

Si non, décrire les règles de fonctionnement au sein du service ? _____

Organisation des services de garde (nuits, week-ends, jours fériés)

- au sein des services :

- Astreintes sur place
- Astreintes à domicile

- au sein des services d'urgences

- Astreintes sur place
- Astreintes à domicile

Comités et Vigilance

CONFERENCE MEDICALE :

- Fréquence des réunions : ___ / an
- Existe-t-il des comptes rendus ?..... OUI – NON
- Date de la dernière réunion ? _____

COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL :

- Fréquence des réunions : ___ / an
- Existe-t-il des comptes rendus ?..... OUI – NON
- Date de la dernière réunion ? _____

LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES :

- Des procédures écrites sont-elles mises en place ?..... OUI – NON
- Nombre d'incidents signalés sur les 5 dernières années : _____
- Date du dernier incident : _____

HEMOVIGILANCE :

- Des procédures écrites sont-elles mises en place ?..... OUI – NON
- Nombre d'incidents signalés sur les 5 dernières années : _____
- Date du dernier incident : _____

PHARMACOVIGILANCE :

- Des procédures écrites sont-elles mises en place ?..... OUI – NON
- Nombre d'incidents signalés sur les 5 dernières années : _____
- Date du dernier incident : _____

MATERIOVIGILANCE

- Des procédures écrites sont-elles mises en place ?..... OUI – NON
- Nombre d'incidents signalés sur les 5 dernières années : _____
- Date du dernier incident : _____

Antécédents Responsabilité Civile sur les cinq dernières années

Durant les cinq dernières années, l'assuré a-t-il été titulaire d'un contrat d'assurance « Responsabilité Civile » ?..... OUI – NON

Nom de l'assureur	Période d'assurance	N° de police	Motif de la résiliation	Montant de la prime globale TTC	Montant de la franchise	Nombre de sinistres déclarés

Joindre les documents et états statistiques établis et certifiés par les Compagnies ou Sociétés d'assurance ayant couvert le risque au cours des cinq dernières années

Sinon faire la déclaration sur l'honneur de la liste des sinistres corporels (sauf chutes de malades sans gravité et incidents d'intubation) ayant donné lieu à réclamation de la part des victimes auprès de votre établissement au cours des cinq dernières années (date, nature, circonstance et montant des dommages). Pour les affaires en cours, indiquez le montant des règlements effectués et/ou des évaluations :

Date	Nature	Circonstances	Montant des dommages

(Suite éventuelle sur une feuille annexe)

Avez-vous connaissance de réclamations supérieures à 76 000 euros ?..... OUI – NON

Si oui indiquez sur une feuille annexe la date du fait générateur, la date de la réclamation, la nature, les circonstances et le montant actuel des règlements effectués et / ou des évaluations.

Eléments à joindre à la présente proposition

Joindre le cas échéant toute documentation ou brochure synthétiques sur la nature des activités exercées, susceptibles d'éclairer la demande et notamment les risques présentés.

CE QUESTIONNAIRE EST A RETOURNER SIGNE AVEC TOUTES SES ANNEXES PAR VOIE POSTALE

Informations concernant la sinistralité sur les 5 dernières années pour chacune des garanties souscrites
(Les statistiques sont à solliciter auprès de l'assureur concerné ou la liste est à réaliser de façon exhaustive pour permettre l'analyse)

Copie de la page d'enregistrement de la dernière réclamation et de la dernière plainte

Liste nominative des médecins avec leur spécialité + date de début d'activité au sein de l'établissement

Liste des équipements lourds soumis à autorisation

Projet de développement

Les conclusions du rapport d'accréditation

**NB : L'assuré doit fournir des informations exactes dans sa déclaration ; une fausse déclaration peut entraîner la nullité du contrat d'assurance.
Article L 113-8 du code des assurances**

Je soussigné, certifie que toutes les réponses faites au présent questionnaire sont à ma connaissance sincères et exactes

Fait à _____ le _____ heure

Signature :