



AVIS DE SINISTRE - CONFIDENTIEL
INCENDIE – DOMMAGES PAR L’EAU

1. DIRECTIVES

Tout avis doit être rapporté par **ÉCRIT** à la Direction des assurances du réseau de la santé et des services sociaux.

L’avis de sinistre doit être transmis sans délai à **madame Annie Bombardier** :

Courriel : **avis.reclamations@darsss.ca** Télécopieur :
514-282-4265 – Téléphone : 514-282-4262

2. IDENTIFICATION

Date de l’avis :			
Avis complété par :	Téléphone :	Poste :	
Nom du client :			
Personne à contacter :			
Votre référence :			
Téléphone :	Poste :	Télécopieur :	
Courriel :			

3. DESCRIPTION

Date du sinistre :	Heure :											
Adresse du sinistre :												
Propriétaire :	<input type="checkbox"/>	Locataire :	<input type="checkbox"/>									
Nom de l’installation :												
Secteur d’activité, étage et local :												
Mission :	Agence :	<input type="checkbox"/>	ACRDQ :	<input type="checkbox"/>	CH :	<input type="checkbox"/>	CHSLD :	<input type="checkbox"/>	CJ :	<input type="checkbox"/>	CLSC :	<input type="checkbox"/>
	CRDI :	<input type="checkbox"/>	CRDP :	<input type="checkbox"/>	CSSS :	<input type="checkbox"/>	Fondation :	<input type="checkbox"/>	RI :	<input type="checkbox"/>		
	Autre :	<input type="checkbox"/>	Préciser :									

◆ **NATURE DU SINISTRE**

Incendie :	<input type="checkbox"/>	Dommage par l’eau :	<input type="checkbox"/>
Refoulement d’égout :	<input type="checkbox"/>	Autre :	<input type="checkbox"/>
Précisez :			

◆ **INCENDIE - CAUSE**

Électrique :	<input type="checkbox"/>	Article de fumeur :	<input type="checkbox"/>	Foudre :	<input type="checkbox"/>	Autre, précisez :	
Travaux effectués par un employé :				<input type="checkbox"/>	Travaux effectués par une tierce partie :		<input type="checkbox"/>

Système d’alarme d’incendie activé :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>
--------------------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------

Système de gicleur :	Oui :	<input type="checkbox"/>	Non :	<input type="checkbox"/>	Date de la dernière inspection :
----------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------	----------------------------------

◆ **DOMMAGE PAR L’EAU – CAUSE**

Gel :	<input type="checkbox"/>	Usure :	<input type="checkbox"/>
Travaux effectués par un employé :	<input type="checkbox"/>	Travaux effectués par une tierce partie :	<input type="checkbox"/>
Bris de tuyau :	<input type="checkbox"/>	Autre, précisez :	<input type="checkbox"/>

Résumé des faits

Description des dommages

Dernière personne à avoir quitté les lieux :

Heure :

4. DESCRIPTION

Si des travaux sont présentement ou ont récemment été effectués par un entrepreneur, fournir ses coordonnées complètes :

Nom de l'entreprise :	
Personne contact :	
Adresse :	
Ville et code postal :	
Téléphone :	

5. DOCUMENTATION

Rapport de sécurité de l'établissement ou Rapport d'accident (AH-223) :	Inclus : <input type="checkbox"/>	À venir : <input type="checkbox"/>	(Vous devez transmettre l'un ou l'autre rapport.)
--	-----------------------------------	------------------------------------	---

# Rapport de police ou du Service incendie :		Coordonnées de l'agent :	
---	--	--------------------------	--

Photos prises :	Oui : <input type="checkbox"/>	Incluses : <input type="checkbox"/>	À venir : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

Valeur préliminaire des dommages :	\$
Soumission pour réparation et remplacement, s'il y a lieu :	\$

Taux de récupération des taxes :	TPS :	83 %	<input type="checkbox"/>	TVQ :	51,5 %	<input type="checkbox"/>
	TPS :	50 %	<input type="checkbox"/>	TVQ :	50 %	<input type="checkbox"/>
	Autre :	%	<input type="checkbox"/>	Autre :	%	<input type="checkbox"/>

6. ACCUSÉ DE RÉCEPTION

Un accusé de réception vous sera transmis dans les 24 heures.