

BRIS – VOL – VANDALISME – DÉTOURNEMENT, DISPARITION, DESTRUCTION (DDD)

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 :									

Sinistre relié à :	Bris :	<input type="checkbox"/>	Vol :	<input type="checkbox"/>	Vandalisme :	<input type="checkbox"/>	DDD :	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------	--------------------------	-------	--------------------------	--------------	--------------------------	-------	--------------------------

Nature des dommages

Bâtiment :	<input type="checkbox"/>	Contenu :	<input type="checkbox"/>	Équipement -	Médical :	<input type="checkbox"/>	Précisez :	
					Informatique :	<input type="checkbox"/>	Précisez :	
					Audiovisuel :	<input type="checkbox"/>	Précisez :	
					Autre :	<input type="checkbox"/>	Précisez :	

Bien appartenant à :

L’assuré :	<input type="checkbox"/>	Autrui et confié à l’assuré :	<input type="checkbox"/>
L’assuré et confié à un usager :	<input type="checkbox"/>		

Résumé des faits et description des dommages

4. 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 :		
Valeur préliminaire des dommages :	\$		
Soumission pour réparation et remplacement, s'il ya 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"/>	

5. VOL

Locaux verrouillés :	Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>			
Dernière personne à avoir quitté les lieux :	Heure :				
Système d'alarme :	Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>	Activé : <input type="checkbox"/>	Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>
Caméra de surveillance :	Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>	Suspect : <input type="checkbox"/>	Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>
L'alarme a été reçue à la compagnie, s'il y a lieu :	Date :	Heure :			
Les voleurs ont pénétré :	Par la porte : <input type="checkbox"/>	Par la fenêtre : <input type="checkbox"/>	Autre : <input type="checkbox"/>		

Les dommages au bâtiment sont : (portes, cadrages, moustiquaires, fenêtres, autres)

Liste des biens volés – Annexez autre liste, si nécessaire.

Il est nécessaire de transmettre une copie de la facture d'achat des biens volés.

Si vous n'avez pas de fiche d'inventaire, transmettre la description, marque et numéro de série de l'article volé.

NOTE : POUR LES BIENS NON RÉPARABLES, NOUS DEVONS RECEVOIR LA CONFIRMATION À CET EFFET (ÉVALUATION OU EXPERTISE).

6. ACCUSÉ DE RÉCEPTION

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