**Veuillez compléter et nous transmettre ce formulaire avec les documents pertinents afin d’obtenir votre preuve/attestation d’assurance :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Numéro de l’assuré :  |  | Nom de l’établissement de santé :  |  |
| **1** | Nom de l’assuré additionnel (ex : Fondation) : |  |
| **2** | Nom de l’activité ou événement : |  |
| **3** | Date de l’activité ou de l’événement : |  |
| **4** | Lieu de l’activité ou de l’événement : |  |
| **5** | Description de l’activité ou de l’événement et son déroulement : |  |
| **6** | Est-ce que l’activité implique une activité ou événement une embarcation sur un cours d’eau? Si oui, Indiquer si la longueur de l’embarcation :  |  |
| **7** | Est-ce que l’activité ou de l’événement se déroulant sur des lieux aéroportuaires et/ou implique l’usage ou le nolisement d’un aéronef (ex. avion, hélicoptère, drone)? |  |
| **8** | Nom de l’organisme qui organise l’activité ou l’événement : |  |
| **9** | Noms des autres organismes externes impliqués dans l’activité ou l’événement : |  |
| **10** | Décrivez brièvement le rôle de chaque organisme et/ou fournisseur impliqué dans l’activité ou l’événement : |  |
| **11** | **11.1** | Nombre de participants : |  |
| **11.2** | Nombre de bénévoles : |  |
| **11.3** | Nombre de spectateurs anticipés : |  |
| **12** | Décrivez les mesures de sécurité mises en place pour le bon déroulement de l’activité ou de l’événement : |  |
| **13** | Nous transmettre un exemplaire du formulaire de dénonciation des risques et consentement que vous comptez utiliser. |
| **14** | Nous faire parvenir une copie complétée du formulaire de demande de permis avec une ville, une municipalité, le ministère des Transports, une agence fédérale ou autres. |
| **15** | Nous transmettre tout autre renseignement pertinent pour nous permettre l’analyse des risques incluant le type de fournisseurs utilisés et les services fournis : |  |
| **16** | Nous confirmer que les organismes externes et les fournisseurs impliqués dans cette activité détiennent leur propre protection d’assurance responsabilité :  |  |
| **17** | Nous confirmer que vous avez obtenu une preuve/attestation d’assurance responsabilité des organismes externes, des cocontractants et des fournisseurs ou tout autre tiers impliqué dans cette activité : |  |
| **18** | Nous faire parvenir une copie de la demande ou du contrat faisant l’objet de la demande de preuve/attestation d’assurance.  |
| **19** | **19.1** Nom de l’organisme externe qui vous demande une preuve/attestation d’assurance : |  |
| **19.2** Indiquer la limite d’assurance demandée par l’organisme externe : |  |
| **20** | Rempli par (insérez nom et adresse courriel) :  |  |

*Ce formulaire est disponible dans l’Espace client du site Web de la DARSSS, Onglet PROTECTIONS D’ASSURANCE, section Responsabilité civile et responsabilité professionnelle des soins et services*

Veuillez faire parvenir ce formulaire complété à l’établissement et ce dernier se chargera de faire parvenir la demande à l’adresse courriel suivante : **assurance.darsss@ssss.gouv.qc.ca**