



AVIS DE SINISTRE - CONFIDENTIEL

RESPONSABILITÉ CIVILE ET PROFESSIONNELLE – ADMINISTRATEURS ET DIRIGEANTS

1. DIRECTIVES

- A) Tout avis ou toute signification d'une requête introductive d'instance 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

- B) L'avis de sinistre doit être utilisé pour les programmes d'assurance suivants :

Responsabilité civile et professionnelle

Responsabilité des administrateurs et dirigeants

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 : | | | | | | | | |
| Nom de l'utilisateur ou de la personne impliquée : | Usager : | Oui : | <input type="checkbox"/> | Non : | <input type="checkbox"/> | # Dossier : | | | | | | |
| Si différent, nom du réclamant : | | | | | | | | | | | | |
| Adresse du sinistre : | | | | | | | | | | | | |
| 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 : | | | | | | | | | |
| Programme de services : | Santé publique : | <input type="checkbox"/> | Services généraux – activités cliniques et d'aide | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| | Déficiência physique : | <input type="checkbox"/> | Perte d'autonomie liée au vieillissement : | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| | Jeunes en difficulté : | <input type="checkbox"/> | Déficiência intellectuelle et troubles envahissants du développement (TED) : | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| | Dépendances : | <input type="checkbox"/> | Santé mentale : | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| | Santé physique : | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |

Résumé des faits

Risque de réclamation ou de poursuite judiciaire : Oui : Non :

Veillez élaborer :

4. DOCUMENTATION (Toute la documentation doit être transmise dès que possible.)

| | | |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| Rapport d'accident (AH-223) / dossier de l'utilisateur : | Inclus : <input type="checkbox"/> | À venir : <input type="checkbox"/> |
| Rapport de divulgation d'accident / dossier de l'utilisateur : | Inclus : <input type="checkbox"/> | À venir : <input type="checkbox"/> |
| Mise en demeure : | Inclus : <input type="checkbox"/> | À venir : <input type="checkbox"/> |
| Requête introductive d'instance : (doit être transmise sans délai) | Inclus : <input type="checkbox"/> | À venir : <input type="checkbox"/> |

Valeur préliminaire des dommages réclamés : \$

5. ACCUSÉ DE RÉCEPTION

Un accusé de réception vous sera transmis dans les cinq (5) jours ouvrables.