***Signalez chaque incident au bureau ci-haut mentionné dans les plus brefs délais***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Détenteur de police** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom : |  | | | | | | | | | Contact : | | |  | | | | | |
| Nom de l’emplacement : | | | | |  | | | | | Téléphone : | | | poste | | | | Télécopieur : |  |
| Adresse complète : | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Quel contrôle exercez-vous sur les lieux où l’incident a eu lieu ? | | | | | | | | | | | **Cliquez ici** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Blessures corporelles** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de la personne blessée : | | | | | |  | | | | | | Adresse: | | |  | | | |
| Où et par qui est-elle employée? | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Nature et étendue des blessures : | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Nom du médecin ou de l’hôpital où la personne blessée a été transportée : | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Pourquoi la personne blessée se trouvait-elle sur les lieux? | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dommages aux biens** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom du propriétaire : | | |  | | | | | | | | | Téléphone : | | | | poste | | |
| Adresse complète : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nature du bien et étendue des dommages : | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Description de l’incident** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date de l’incident : | |  | | | | | | | | | | Heure : | | | | **Cliquez ici** | | |
| Endroit (rue, ville) : | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Description complète et cause de l’incident : | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Témoins** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Noms et adresses complets des témoins (incluant ceux qui ont inspecté l’emplacement immédiatement avant ou après l’incident ainsi que ceux des témoins de l’incident (ajoutez une page supplémentaire, au besoin) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom du propriétaire : | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse complète : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom du propriétaire : | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse complète : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom du propriétaire : | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse complète : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Enquête de l’incident par l’assuré** | | | | | | | |
| Déclaration par un tiers sur les causes de l’incident : | |  | | | | | |
| Attitude du réclamant : |  | | Croyez-vous qu’il y aura une réclamation ? | | | **Cliquez ici** | |
| Une tierce partie (i.e. locataire, propriétaire, entretien, entrepreneur en déneigement, etc.) est-il tenu d’avoir une assurance couvrant ce type d’incident ? | | | | | | **Cliquez ici** | |
| Cet incident a-t-il été rapporté à un tiers ? | | **Cliquez ici** | | | | | |
| Si oui, lequel ? | | **Cliquez ici**       Veuillez attacher une copie du certificat d’assurance. | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Autres informations ou commentaires** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Date du rapport : | | | | | Par : |  | |
|  | | | | |  | *Nom de la personne qui a rempli ce rapport* | |