

# formulaire de déclaration d'incident

**Il est essentiel de documenter dans un formulaire de déclaration tout incident touchant des occupants, des clients ou des visiteurs et survenu dans vos installations.** Cette action aidera votre entreprise à déterminer la cause de l'incident et à prendre des mesures correctives pour éviter que ce genre d'incident ne se reproduise à l'avenir. Informez votre assureur dès qu'un sinistre susceptible de réclamation survient et veillez à indiquer le nom et la fonction de la personne à qui vous avez signalé le sinistre.

Ce formulaire rapport doit être conservé aussi longtemps que nécessaire, généralement au moins deux ans, afin de faciliter la défense contre d'éventuelles réclamations et stocké dans une base de données électronique dont il faut faire des copies de sauvegarde à intervalles réguliers.

Détails administratifs							
Nom de l'installation							
Date de déclaration							
Adresse municipale		Ville		Province		Code postal	
Rempli par				Titre de poste			
Numéro de téléphone				Adresse courriel			

Information sur la couverture d'assurance (À l'usage du bureau uniquement)	
Société d'assurance	Numéro de police

Information sur l'incident			
Date de l'incident		Heure de l'incident	
Lieu	<input type="checkbox"/> À l'intérieur <input type="checkbox"/> À l'extérieur	Type d'incident	<input type="checkbox"/> Dommage corporel à autrui <input type="checkbox"/> Dommages aux biens d'autrui
Description de l'incident			
<b>Conditions intérieures</b> * Information requise si l'incident a eu lieu à l'intérieur.		<b>Conditions extérieures</b> * Information requise si l'incident a eu lieu à l'extérieur.	
Qualité de l'éclairage	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Excellent	Conditions météorologiques	<input type="checkbox"/> Dégagé <input type="checkbox"/> Neige <input type="checkbox"/> Pluie <input type="checkbox"/> Grésil <input type="checkbox"/> Autre - précisez : _____
Type de revêtement de sol	<input type="checkbox"/> Tapis <input type="checkbox"/> Carrelage <input type="checkbox"/> Béton <input type="checkbox"/> Bois <input type="checkbox"/> Autre - précisez : _____	Visibilité	<input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Claire <input type="checkbox"/> Obscurcie <input type="checkbox"/> Brouillard <input type="checkbox"/> Autre - précisez : _____
État du revêtement de sol	<input type="checkbox"/> Mouillé <input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Usé <input type="checkbox"/> Endommagé <input type="checkbox"/> Autre - précisez : _____	Type de surface	<input type="checkbox"/> Béton ou asphalte <input type="checkbox"/> Agrégat (dont du gravier) <input type="checkbox"/> Herbe <input type="checkbox"/> Autre - précisez : _____
		État de la surface	<input type="checkbox"/> Sèche <input type="checkbox"/> Glacée <input type="checkbox"/> Mouillée <input type="checkbox"/> Enneigée <input type="checkbox"/> Autre - précisez : _____
Services médicaux d'urgence appelés		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Services de police appelés		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
*Le cas échéant, veuillez fournir les renseignements requis ci-dessous.			
Nom de l'agent		Numéro de téléphone	
Numéro de l'insigne		Détachement	

## Parties lésées (le cas échéant)

Nom		Date de naissance	
Adresse		Numéro de téléphone	
Description des blessures		Décès?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Traitement initial</b>		<b>Traitement hospitalier</b>	
Administré?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Méthode de transport	
Administré par		Nom de l'hôpital	
Détails du traitement		Heure d'arrivée	

## Domages aux biens d'autrui (le cas échéant)

Propriétaire des biens endommagés	
Adresse	
Numéro de téléphone	
Description des biens endommagés	

## Témoins

Premier témoin		Deuxième témoin	
Nom		Nom	
Adresse		Adresse	
Numéro de téléphone		Numéro de téléphone	
Adresse courriel		Adresse courriel	

## Détails supplémentaires (le cas échéant)

Utilisez cet espace pour décrire l'état d'ensemble des installations en ce qui concerne les risques de glisser, de trébucher et de chuter ainsi que les changements notables survenus depuis l'inspection précédente, les sujets de préoccupation et les mesures de suivi nécessaires.

## Mesures correctives

Utilisez cet espace pour décrire les mesures correctives prises pour éviter la répétition d'un incident similaire, y compris les dates auxquelles elles ont été mises en œuvre.