

Direction de la sécurité incendie  
 et des télécommunications d'urgence  
 Ministère de la Sécurité publique  
 2525, boulevard Laurier, 6<sup>e</sup> étage  
 Québec (Québec) G1V 2L2  
[ssi-soutien@msp.gouv.qc.ca](mailto:ssi-soutien@msp.gouv.qc.ca)  
 Tél. : 418 646-6777, poste 40045  
 Sans frais : 1 866 702-9214, option 1  
 Téléc. : 418 646-5889  
 Sans frais : 1 877 607-0418

## **Demande ou modification de privilèges d'accès à l'extranet pour les assureurs et les experts en sinistre**

### Consignes

Veillez remplir les champs suivants, enregistrer le document et le transmettre par courriel à : [ssi-soutien@msp.gouv.qc.ca](mailto:ssi-soutien@msp.gouv.qc.ca).

▶ **Veillez remplir le formulaire en caractères d'imprimerie.**

### 1. Renseignements sur l'identité du client

Possédez-vous déjà un code d'utilisateur dans l'extranet du ministère pour un système ?

- Oui  
 Non

Si oui, veuillez inscrire votre code d'utilisateur :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code d'utilisateur

Nom	Prénom

Titre ou fonction	Nom de l'employeur

#### Adresse du lieu de travail

Numéro	Rue	Code postal			

Courriel	Ind. rég.	Téléphone au travail	Poste	

### 2. Action sur l'identifiant du client

#### 2.1. Objet de la demande

- Obtention d'un nouvel accès  
 Suppression d'un accès existant

#### 2.2. Type d'accès

##### Employeur

- Compagnie d'assurance  
 Firme d'experts en sinistre

##### Profil

- Agent d'indemnisation  
 Expert en sinistre

▶ **Veillez cocher la case appropriée.**

### 3. Déclaration du client

Je déclare avoir pris connaissance de ce qui suit :

« Le mot de passe associé à votre identifiant est strictement personnel et doit demeurer confidentiel. L'emploi de votre identifiant et de votre mot de passe, pour faire usage ou tenter de faire usage des **systèmes informatiques** ou des renseignements auxquels ils donnent accès, à des fins non prévues par la loi ou contraires aux règles de sécurité informatique et de protection des renseignements personnels en vigueur, vous rend passible de sanctions pénales et/ou de mesures disciplinaires. »

▶ **Veillez approuver votre déclaration en caractères d'imprimerie.**

#### Client

	Année	Mois	Jour
Approbation (Nom complet)			
Date			

### 4. Approbation du représentant autorisé

Nom	Prénom

Titre ou fonction

▶ **Veillez approuver cette section en caractères d'imprimerie.**

#### Représentant autorisé

	Année	Mois	Jour
Approbation (Nom complet)			
Date			

Veillez ne pas remplir ►  
cette section.

## Espace réservé au ministère

### Action

- Ajout
- Modification
- Retrait

### Nom du groupe des applications (GRAPP)

GDI-

GDI-

GDI-

GDI-

### Pilote ou responsable

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom	Prénom
<input type="text"/>	Année      Mois      Jour
Signature	Date