

DÉCLARATION DE SINISTRE AUTOMOBILE

ASSUREUR		AGENT OU COURTIER		DOSSIER N°		
ASSURÉ	ASSURÉ		TÉL. (DOMICILE)		POLICE N°	
	ADRESSE		TÉL. (TRAVAIL)			
VÉHICULE	CODE POSTAL		LIEU DE TRAVAIL		CODE POSTAL	
	PROPRIÉTAIRE IMMATICULÉ		ADRESSE			
	PROPRIÉTAIRE RÉEL		ADRESSE			
	MARQUE	ANNÉE	MODÈLE	NUMÉRO DE SÉRIE	N° D'IMMATICULATION ET PROVINCE	
KILOMÉTRAGE	DOMMAGES SUBIS		MONTANT APPROXIMATIF			
TPS	L'ASSURÉ EST-IL INSCRIT AU TITRE DE LA TPS?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		DANS L'AFFIRMATIVE, VEUILLEZ INDIQUER : a) Le numéro d'inscription _____ b) % recouvrable _____	
	NOM		ÂGE	INFIRMITÉS	EXPÉRIENCE EN CONDUITE	
CONDUCTEUR	ADRESSE		LIEU DE TRAVAIL			
	TÉL. DOMICILE ()		TÉL. LIEU DE TRAVAIL ()			
	PERMIS DE CONDUIRE N°		PROVINCE D'EMISSION	ACCIDENTS ANTÉRIEURS OU CONDAMNATIONS		
	DATE DE L'ACCIDENT JOUR MOIS ANNÉE	HEURE	<input type="checkbox"/> JOUR <input type="checkbox"/> NUIT <input type="checkbox"/> LEVER/TOMBÉE DU JOUR	LIEU DE L'ACCIDENT		
	USAGE DU VÉHICULE LORS DE L'ACCIDENT		CONDITIONS ATMOSPHÉRIQUES	ÉTAT DE LA ROUTE		
	VITESSE DU VÉHICULE ASSURÉ	DIRECTION	VITESSE DU TIERS	DIRECTION		
	RAPPORT DE LA POLICE DE		CHARGES			
	AVEZ-VOUS PRIS DES BOISSONS ALCOOLIQUES OU DE LA DROGUE AVANT L'ACCIDENT?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
	A QUI ATTRIBUEZ-VOUS LA RESPONSABILITÉ DE L'ACCIDENT? - MOTIF					
	DOMMAGES MATÉRIELS AUX TIERS	NOM		TÉLÉPHONE	NOM	
ADRESSE		ADRESSE				
ANNÉE ET MARQUE DU VÉHICULE		N° D'IMMATICULATION	ANNÉE ET MARQUE DU VÉHICULE		N° D'IMMATICULATION	
ASSUREUR		POLICE N°	ASSUREUR		POLICE N°	
NATURE DES DOMMAGES		NATURE DES DOMMAGES				
LE VÉHICULE EST VISIBLE À		LE VÉHICULE EST VISIBLE À				
CONDUCTEUR		TÉLÉPHONE	CONDUCTEUR		TÉLÉPHONE	
ADRESSE		ADRESSE				
PERMIS DE CONDUIRE N°		PROVINCE D'EMISSION	PERMIS DE CONDUIRE N°		PROVINCE D'EMISSION	

Suite au verso

BLESSÉS	NOM	ÂGE	ADRESSE	TÉLÉPHONE	NATURE DES BLESSURES	HÔPITAL

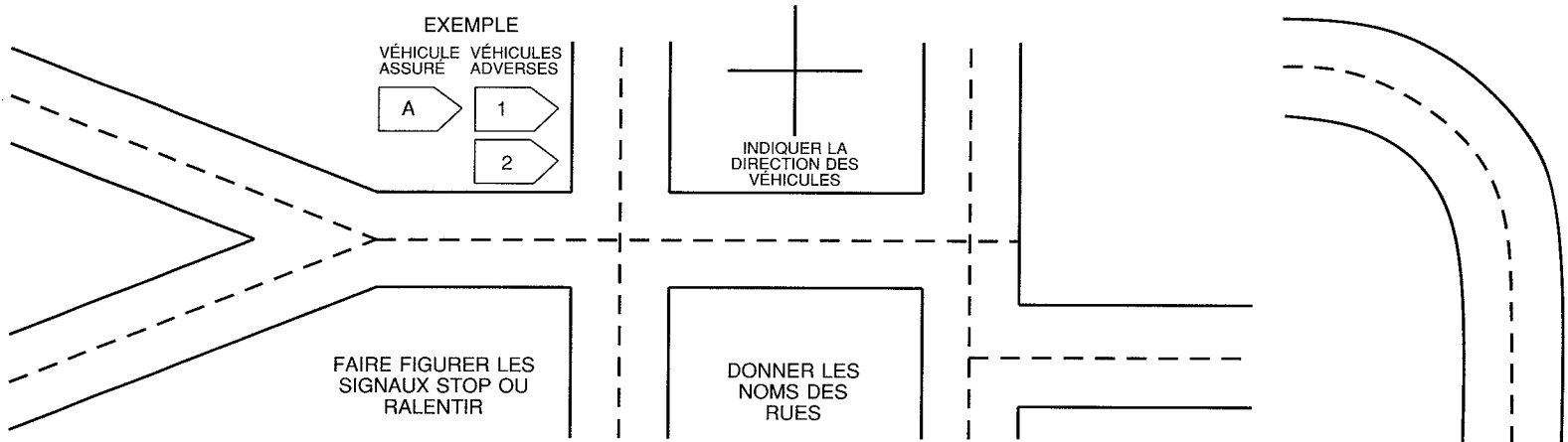
ACCIDENT

TÉMOINS	NOM	NOM	NOM
	ADRESSE	ADRESSE	ADRESSE
	TÉLÉPHONE	TÉLÉPHONE	TÉLÉPHONE
	TRANSPORTÉ DANS: <input type="checkbox"/> LE VÉHICULE ASSURÉ <input type="checkbox"/> CELUI DU TIERS N°1 <input type="checkbox"/> CELUI DU TIERS N°2 <input type="checkbox"/> AUTRES	TRANSPORTÉ DANS: <input type="checkbox"/> LE VÉHICULE ASSURÉ <input type="checkbox"/> CELUI DU TIERS N°1 <input type="checkbox"/> CELUI DU TIERS N°2 <input type="checkbox"/> AUTRES	TRANSPORTÉ DANS: <input type="checkbox"/> LE VÉHICULE ASSURÉ <input type="checkbox"/> CELUI DU TIERS N°1 <input type="checkbox"/> CELUI DU TIERS N°2 <input type="checkbox"/> AUTRES

CROQUIS

(Indiquer la position des véhicules au moment du choc. Montrer les marques de dérapage.)

(Si la rue comporte plus de deux voies ou est à sens unique, l'indiquer.)



DATE _____ SIGNATURE DU CONDUCTEUR _____

A REMPLIR PAR L'ASSURÉ

QUEL EST LE CONDUCTEUR HABITUEL DE VOTRE VÉHICULE?	QUELLE EST SA QUALITÉ PAR RAPPORT À VOUS?
AVAIT-IL VOTRE PERMISSION DE CONDUIRE?	NOM DU CRÉANCIER, LE CAS ÉCHÉANT
DATE _____	SIGNATURE DE L'ASSURÉ _____