



Année du véhicule	Marque	Modèle	N° d'identification du véhicule	N° plaque d'immatriculation	Province où la plaque a été délivrée
Lieu où se trouve actuellement le véhicule			Zone endommagée	Estimation des dommages (\$)	Numéro de téléphone
Description des dommages (inclure les marchandises, le cas échéant)					
État actuel du véhicule <input type="checkbox"/> Peut rouler <input type="checkbox"/> A été remorqué			Y a-t-il eu des blessés dans ce véhicule? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Nom et adresse de la personne blessée				Numéro(s) de téléphone	
Nom et adresse de la personne ayant fourni des soins médicaux					
Nom du médecin		Numéro de téléphone		Soins médicaux dispensés	

#### Renseignements sur le réclamant – Autre véhicule

Nom et adresse (code postal compris) du conducteur		Téléphone – Domicile	Téléphone – Travail	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	
		N° d'assurance sociale	N° du permis du conducteur	Catégorie de permis	
Couvert par une autre assurance?   Si oui, nom de la compagnie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Nom de la personne-contact				Numéro de téléphone	
Nom et adresse du propriétaire du véhicule			Téléphone – Domicile	Téléphone – Travail	
Nom et adresse du bailleur (si le véhicule a été acheté en crédit-bail)			Téléphone – Domicile	Téléphone – Travail	
Année du véhicule	Marque	Modèle	N° d'identification du véhicule	N° plaque d'immatriculation	Province où la plaque a été délivrée
Lieu où se trouve actuellement le véhicule			Zone endommagée	Estimation des dommages (\$)	Numéro de téléphone
Description des dommages (inclure les marchandises, le cas échéant)					
État actuel du véhicule <input type="checkbox"/> Peut rouler <input type="checkbox"/> A été remorqué			Y a-t-il eu des blessés dans ce véhicule? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Nom et adresse de la personne blessée				Numéro(s) de téléphone	
Nom et adresse de la personne ayant fourni des soins médicaux					
Nom du médecin		Numéro de téléphone		Soins médicaux dispensés	

**Pour tous véhicules et réclamants supplémentaires, les renseignements doivent être fournis sur une nouvelle *Déclaration de sinistre*, que vous devez joindre à celle-ci.**

#### Renseignements sur le(s) témoin(s)

Nom et adresse d'un témoin présent sur le lieu de l'accident	
Numéro de téléphone auquel le témoin peut être joint	

**Renseignements sur les autres blessés**

Nom et adresse de toute autre personne blessée

Nature des blessures

Partie du corps

N° de téléphone  
de la personne

Où se trouvait-elles lors de l'accident?

- 
- Véhicule de l'Assuré
- 
- Autre véhicule
- 
- 
- Piéton

Nom et adresse de la personne ayant fourni des soins médicaux

Nom du médecin

Numéro de téléphone

Y a-t-il autre chose que vous désiriez ajouter au sujet de l'accident