

**ZURICH**^{MC}

Déclaration de sinistre – Responsabilité civile

Veuillez télécopier à : 1 877 977-8077; ou envoyer par courriel à : claims@zurich.com

Renseignements généraux		
Nom de la personne déclarant le sinistre	Numéro de téléphone	Aux fins de la déclaration seulement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom du courtier	Téléphone du courtier	Télécopieur du courtier
Renseignements sur l'Assuré		
Nom et adresse (code postal compris) de l'Assuré	Téléphone – Travail (+ poste) Poste	
	Téléphone cellulaire	
Nom de la personne à contacter	Adresse électronique de la personne-contact	Langue parlée par la personne-contact
Renseignements sur la police		
Numérp de police	Période d'assurance (jj/mm/aaaa) De À	Numéro de certificat (le cas échéant) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Titulaire de privilège / Hypothèque / Autre assurance		
Garantie (Type de formulaire de police, limites de garantie, franchise)		
Renseignements sur le sinistre		
Adresse où le sinistre est survenu	Date du sinistre (jj/mm/aaaa)	Heure du sinistre
	Province ou État / pays	
Type de sinistre		
Veuillez décrire les circonstances du sinistre		
A-t-on contacté les autorités (police, pompiers, ambulance?) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Un numéro de rapport a-t-il été fourni? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, indiquez le numéro
Si la police ou les pompiers ont été contactés : nom de l'agent / officier		Division
		Numéro matricule de l'agent / officier
Renseignements sur la personne blessée et les blessures		
Nom et adresse de la personne blessée		
Date de naissance (j/mm/aaaa)	Téléphone – Domicile	Téléphone – Travail
Personne-contact au domicile ou au travail		
Y a-t-il eu des blessures? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quelle partie du corps a été touchée?	
Quel traitement la personne a-t-elle reçu? (Cocher la case appropriée) <input type="checkbox"/> Aucun traitement médical <input type="checkbox"/> Soins mineurs sur place <input type="checkbox"/> Soins mineurs en clinique ou hôpital <input type="checkbox"/> Évaluation d'urgence <input type="checkbox"/> Hospitalisation de plus de 24 heures		
Veuillez décrire les blessures		
Nom et adresse du médecin traitant		Numéro de téléphone

Nom et adresse de la clinique / de l'hôpital où la personne a été traitée		Numéro de téléphone
Homme / Femme	État matrimonial (cocher une case) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf / veuve <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)	Nbre de personnes à charge
Renseignements sur le témoin		
Nom et adresse d'un témoin présent sur le lieu du sinistre		
Numéro de téléphone où le témoin peut être joint		
Y a-t-il autre chose que vous désiriez ajouter au sujet du sinistre		