|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Renseignements généraux** | | |
| Nom de la personne déclarant le sinistre | Numéro de téléphone | Aux fins de la déclaration seulement  Oui  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** | | |
| Numéro de police | Période d’assurance (jj/mm/aaaa)  De       À | No de certificat (le cas échéant) |
| Titulaire de privilège / Autre assurance | | |
| Garantie (Type de formulaire de police, limites de garantie, franchise) | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Renseignements sur l’accident** | | | | | | | | | |
| Adresse où l’accident est survenu | | | | | Date de l’accident (jj/mm/aaaa) | | | | Heure de l’accident : |
| Province ou État / pays | | | | |
| Veuillez décrire les circonstances de l’accident | | | | | | | | | |
| Nombre d’occupants dans chaque véhicule, conducteur compris  Véhicule de l’Assuré       Véhicule du tiers | | | Les occupants portaient-ils la ceinture de sécurité au moment de  l’accident?  Oui  Non | | | | | | |
| A-t-on émis des citations à comparaître ou des condamnations?  Oui  Non | À qui? | | | | | Pour quelle infraction? | | | |
| A-t-on contacté les autorités (police, pompiers, ambulance)  Oui  Non | | Un numéro de rapport a-t-il été fourni?  Oui  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 le véhicule de l’Assuré | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom et adresse (code postal compris) du conducteur | | | | Téléphone – Domicile | | | Téléphone – Travail | | | Date de naissance (jj/mm/aaaa) | | | | |
| No d’assurance sociale | | | No du permis du conducteur | | | | | | Catégorie de permis | |
| 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 | | No d’identification du véhicule | | | | No 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  Peut rouler  A été remorqué | | | | | Y a-t-il eu des blessés dans ce véhicule?  Oui  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) | | | | |
| No d’assurance sociale | | | No du permis du conducteur | | | | | | Catégorie de permis | |
| Couvert par une autre assurance?  Oui  Non | | Si oui, nom de la compagnie | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | No d’identification du véhicule | | | | No 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  Peut rouler  A été remorqué | | | | | | Y a-t-il eu des blessés dans ce véhicule?  Oui  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 | No 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 désireriez ajouter au sujet de l’accident |

En soumettant ce renseignement, vous consentez à ce que vos renseignements personnels soient recueillis, utilisés et divulgués aux fins d’accès aux demandes d’indemnité ainsi qu’aux fins de l’enquête et de règlement de celles-ci. Vos renseignements personnels peuvent être traités et stockés par Zurich Compagnie d’Assurances SA et ses sociétés affiliées (collectivement désignées « Zurich ») ainsi que par ses représentants autorisés, tant au pays qu’à l’étranger, et sont assujettis aux lois en vigueur. Pour en savoir plus au sujet de la collecte, de l’utilisation, de la divulgation, du traitement et du stockage de vos renseignements personnels, veuillez écrire à l’agent de la protection de la vie privée de Zurich à [privacy.zurich.canada@zurich.com](mailto:privacy.zurich.canada@zurich.com). Vous pouvez également consulter notre déclaration sur la protection des renseignements personnels au www.zurichcanada.com/fr-ca/about-zurich/privacy-statement.

Le demandeur susmentionné peut refuser d’accorder son consentement à l’égard de la collecte, du stockage, de l’utilisation et de la divulgation de renseignements personnels ou peut retirer ce consentement. Le refus de consentement pourrait toutefois faire en sorte que Zurich ne soit pas en mesure d’offrir et d’administrer les polices d’assurance ni de verser des indemnités en cas de réclamations.

Zurich s’est engagée à protéger la confidentialité et la sécurité des renseignements fournis. Votre dossier est protégé dans nos bureaux ou ceux de notre administrateur ou de notre agent. Vous pouvez demander de consulter vos renseignements personnels qui s’y trouvent et d’y apporter des corrections en écrivant à : Agent de la protection de la vie privée, Zurich Compagnie d’Assurances SA (direction canadienne), 100, rue King Ouest, bureau 5500 C.P. 290, Toronto (Ontario) M5X 1C9.

Aux fins de la Loi sur *les sociétés d’assurances* (Canada), ce document a été établi dans le cadre des opérations d’assurance au Canada de la compagnie.