

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? <input type="checkbox"/> Véhicule de l'Assuré <input type="checkbox"/> Autre véhicule <input type="checkbox"/> 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. 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.