



# Formulaire de déclaration d'accident automobile

Gardez le présent dépliant dans votre véhicule.







## Renseignements sur la remorque / les marchandises

Propriétaire inscrit du véhicule		
N° du véhicule		
Année	Marque	Modèle
No de plaque		Province
Description des dommages visibles:		
Marchandises enregistrées? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Description des dommages visibles:		
Déversement du chargement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Déversement de carburant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Matières dangereuses (fournir des détails)?		
Marchandises endommagées enlevées par		
Marchandises endommagées transportées à (au)		

## Renseignements sur les autres véhicules

Nom du conducteur		N° de téléphone
Adresse		
Nom de la compagnie d'assurance		
N° de police		
Année	Marque	Modèle
N° de plaque		Province
Description des dommages visibles:		
Véhicule en état de rouler? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

**Témoins** (C'est important - obtenez le plus grand nombre de témoins possible)

Nom	N° de téléphone
Adresse	
N° de plaque d'immatriculation	
Impliqué dans l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom	N° de téléphone
Adresse	
N° de plaque d'immatriculation	
Impliqué dans l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom	N° de téléphone
Adresse	
N° de plaque d'immatriculation	
Impliqué dans l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom	N° de téléphone
Adresse	
N° de plaque d'immatriculation	
Impliqué dans l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom	N° de téléphone
Adresse	
N° de plaque d'immatriculation	
Impliqué dans l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	



## Personnes blessées

Nom	N° de téléphone
Adresse	
<input type="checkbox"/> Conducteur <input type="checkbox"/> Passager <input type="checkbox"/> Piéton	
Si le conducteur ou un passager est blessé, quel est le no de véhicule/plaque?	
Type de blessures ou état	
Soins médicaux donnés sur les lieux de l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Transporté(e) à l'hôpital? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom	N° de téléphone
Adresse	
<input type="checkbox"/> Conducteur <input type="checkbox"/> Passager <input type="checkbox"/> Piéton	
Si le conducteur ou un passager est blessé, quel est le no de véhicule/plaque?	
Type de blessures ou état	
Soins médicaux donnés sur les lieux de l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Transporté(e) à l'hôpital? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

## Dommmages à des biens autres que les véhicules

Nom complet du propriétaire
Lieu
Description

## Si vous êtes impliqué(e) dans un accident, il importe que vous vous rappeliez des points suivants:

- Arrêtez! Ne quittez pas les lieux de l'accident. Si votre véhicule représente un danger pour la sécurité, ou si vous vous inquiétez pour votre propre sécurité, retirez-vous de la route ou déplacez vous à un endroit plus sûr. Utilisez vos feux de détresse.
- Si une personne est blessée, faites en sorte que cette personne reçoive les soins médicaux appropriés et appelez une ambulance. N'administrez pas les soins médicaux ni les premiers secours si vous n'êtes pas qualifiés pour le faire.
- Appelez la police sur-le-champ et suivez leurs directives.
- Appelez votre employeur si vous êtes un conducteur de véhicules d'entreprises.
- Ne faites de déclaration concernant l'accident à personne sauf aux agents de police. Ne faites aucun règlement quelle que soit les circonstances.
- N'admettez aucune responsabilité.
- Ne faites aucune allégation sur les lieux de l'accident. Soyez courtois.
- Obtenez le nom, l'adresse, le numéro de téléphone, la marque du véhicule et le numéro de permis de conduire de l'autre conducteur et de tous les passagers.
- Obtenez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de tous les témoins. C'est très important; obtenez le plus grand nombre de témoins possible.
- Prenez des photos de l'accident et des véhicules au moyen d'un téléphone cellulaire ou d'un appareil photographique si vous pouvez le faire sans danger.
- Remplissez le présent rapport d'accident préliminaire dans les détails pendant que vous êtes sur les lieux de l'accident.

Si vous subissez un déversement ou un dégagement de matières dangereuses et d'autres produits réglementés et que vous avez besoin d'aide, contactez le Système de signalement des déversements en ligne de Zurich au :

**1 888 SPILLHELP (1 888 774 5543)**

Signalez votre sinistre au Centre d'appels des sinistres de Zurich 24 heures par jour et 365 jours par année.  
24 hours a day, 365 days a year.

Sans frais: 1 866 345 3454 Télécopieur: 1 877 977 8077

Courriel: [claims@zurich.com](mailto:claims@zurich.com)

Zurich fournit ce guide d'assistance en cas d'accident seulement à titre de service public. Il ne présume aucunement qu'une garantie existe pour ce véhicule ou pour tout autre véhicule.

## Zurich

416 586 3000

[www.zurichcanada.com](http://www.zurichcanada.com)

Le logotype Zurich et Zurich sont les marques de commerce de Zurich Compagnie d'Assurances SA

Le présent avertissement décrit d'une manière générale certains types d'assurances et de services que Zurich Compagnie d'Assurances SA offre au Canada à ses entreprises clientes qualifiées. Votre police est le contrat qui explique explicitement toutes les modalités de votre assurance. La représentation des dispositions de la police aux présentes, qui donne un aperçu de votre assurance, ne révisé ni ne modifie la police.

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](http://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.

© 2019 Zurich Compagnie d'Assurances SA



**ZURICH**®