

**ZURICH**[®]

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		
Numérop 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		

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.