



## Rapport de Déclaration d'Accident Automobile

Page 1 sur 2

### NOUS VOUS PRIONS DE SUIVRE LES DIRECTIVES SUIVANTES POUR NOUS PERMETTRE DE BIEN REGLER VOTRE RECLAMATION

- Prière de répondre à toutes les questions posées
- Dater et signez votre Rapport de Déclaration d'Accident Automobile
- Une fois ce formulaire dûment rempli, veuillez le renvoyer à ALSA accompagné des devis de réparation, procès-verbaux, photos et/ou Rapport de l'OAVCT.
- Prière de transmettre ce formulaire accompagné de tous les documents cités plus haut, le plus tôt que possible à [jeanne.momplaisir@alsagroup.com](mailto:jeanne.momplaisir@alsagroup.com)

**N.B. Veuillez ignorer les Rubriques qui ne concernent pas votre cas.**

### A-INFORMATION / LA PERSONNE ASSURÉE

Nom et prénom de l'Assuré \_\_\_\_\_ Nif / CIN de l'Assuré : \_\_\_\_\_  
Numéro de la Police d'assurance : \_\_\_\_\_  
Adresse complète de l'Assuré : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone l'Assuré : \_\_\_\_\_ Adresse électronique de l'Assuré : \_\_\_\_\_

### B-INFORMATION / LE VEHICULE ASSURÉ

MARQUE : \_\_\_\_\_ MODÈLE : \_\_\_\_\_  
Numéro du Moteur : \_\_\_\_\_ Numéro de Série : \_\_\_\_\_  
Numéro de la Plaque d'Immatriculation \_\_\_\_\_

### C-INFORMATION / LE CONDUCTEUR DU VÉHICULE

Nom et Prénom (s) \_\_\_\_\_ Numéro du Permis du Conducteur : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Numéro de Téléphone : \_\_\_\_\_  
Le conducteur, lors de l'accident, était-il le conducteur habituel du véhicule ? **OUI**  **NON**  Sinon, à quel titre le conduisait-il ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### D-LES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Date de l'Accident : \_\_\_\_\_ Heure (AM/PM) : \_\_\_\_\_  
Lieu de l'Accident : \_\_\_\_\_  
Dans quelle direction roulait le véhicule ? \_\_\_\_\_ A quelle vitesse ? \_\_\_\_\_  
De quel côté de la chaussée le véhicule roulait-il ? \_\_\_\_\_  
Le conducteur utilisait-il son avertisseur ? **OUI**  **NON**  Vos phares étaient-ils allumés ? **OUI**  **NON**   
En cas de collision avec un autre véhicule, dans quelle direction roulait-il ? \_\_\_\_\_  
De quel côté de la chaussée le véhicule roulait-il ? \_\_\_\_\_ A quelle vitesse ? \_\_\_\_\_  
Qui pilotait l'autre véhicule ? \_\_\_\_\_ La Chaussée était-elle mouillée ? **OUI**  **NON**   
Un constat de l'accident ou un Rapport a-t-il été fait par la Police ? **OUI**  **NON**  Une plainte a-t-elle été déposée suite à l'accident ? **OUI**  **NON**

Décrivez l'accident en détail et Indiquez par un sketch les causes de l'accident.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Prière d'indiquer la direction des véhicules par une flèche →



## Rapport de Déclaration d'Accident Automobile

Page 2 sur 2

### E-LES TÉMOINS DE L'ACCIDENT (IMPORTANT)

Y avait-il des Témoins de l'accident ? **OUI**  **NON**

Où se trouvaient-ils lors de l'accident ? \_\_\_\_\_

	<b>Nom &amp; Prénom (s)</b>	<b>Adresse</b>	<b>No. De Téléphone</b>
Témoïn #1	_____	_____	_____
Témoïn #2	_____	_____	_____
Témoïn #3	_____	_____	_____

### F-LES DOMMAGES CAUSÉS AU VÉHICULE ASSURÉ

Décrivez en détail les dommages causés au véhicule assuré :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Où se trouve actuellement le véhicule accidenté ? \_\_\_\_\_

### G-LES DOMMAGES MATÉRIELS CAUSÉS AUX TIERS

Nom du Tiers : \_\_\_\_\_ Adresse du Tiers : \_\_\_\_\_

S'il s'agit d'un véhicule prière d'indiquer le No. d'Immatriculation \_\_\_\_\_

MARQUE : \_\_\_\_\_ TYPE : \_\_\_\_\_

Description des Dommages : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**N.B. En cas de dommages causés à d'autres tiers, prière de donner les dommages sur une feuille séparée.**

### H- LES DOMMAGES CORPORELS CAUSÉS AUX TIERS

Nom et Prénom de la Personne accidentée : \_\_\_\_\_

Adresse Fixe : \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_

Nature des blessures : \_\_\_\_\_

Liens de Parenté avec l'Assuré : \_\_\_\_\_

Où la victime a-t-elle été conduite après l'accident ? : \_\_\_\_\_

Nom du Médecin Consulté : \_\_\_\_\_ Adresse du Médecin Consulté: \_\_\_\_\_

Où se trouvait la victime lors de l'accident ? \_\_\_\_\_

**N.B. Au cas où il y aurait plusieurs victimes, prière de donner les mêmes informations, respectivement pour chaque victime, sur une feuille séparée.**

\_\_\_\_\_  
Signature de l'Assuré

\_\_\_\_\_  
Date