



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 signer 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

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**

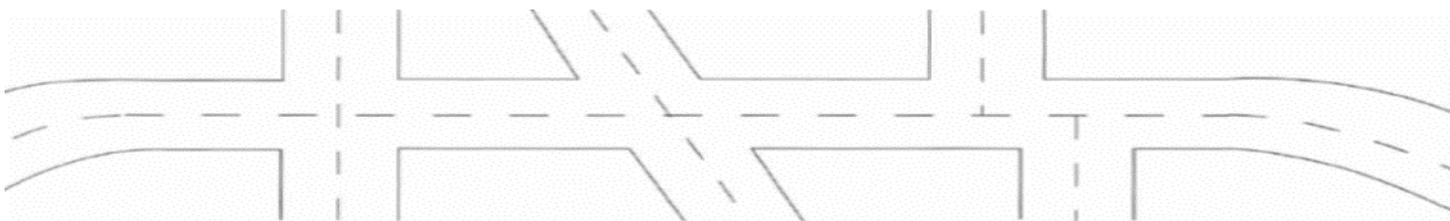
En cas de collision avec un autre véhicule, dans quelle direction roulait-il ? _____

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 ? _____

	Nom & Prénom (s)	Adresse	No. De Téléphone
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