

Réclamation assurance automobile

Information du conducteur

Nom : _____ Date: _____

Prénom

Nom de famille

Permis de conduire _____ Police d'assurance # _____

Numéro de téléphone pour vous joindre : _____ Email _____

Date de l'événement _____ Lieu: _____

Si vous avez des photos de l'accident, veuillez les joindre au courriel au moment de soumettre ce formulaire

Autre conducteur impliqué

Nom : _____ Date: _____

Prénom

Nom de famille

Numéro du rapport de police si disponible _____

Adresse: _____

Numéro civique et rue

Appartement #

Permis de conduire _____ Police d'assurance # _____

Téléphone: _____ Email _____

Assureur _____

Sommaire de l'accident

SVP soumettez votre formulaire et nous vous contacterons dans les plus brefs délais.