

Votre constat d'accident La Personnelle vous facilite la vie

1. Imprimez-le 2. Rangez-le dans votre auto 3. En cas d'accident, échangez vos renseignements avec l'autre conducteur

SECTION À CONSERVER

Renseignements sur l'autre conducteur/Information concerning the other driver

CONDUCTEUR / DRIVER

Nom / Name _____

Tél. domicile / Tel. home _____ - _____

Tél. travail / Tel. work _____ - _____

N° permis de conduire
Driver's licence number _____

PROPRIÉTAIRE DU VÉHICULE / OWNER OF VEHICLE

Nom / Name _____

Adresse / Address _____

Tél. domicile / Tel. home _____ - _____

Tél. travail / Tel. work _____ - _____



Service d'indemnisation / Claims Department
1 866 350-8282
Communiquez avec votre assureur dès que possible!
Contact your insurance company as soon as possible!

DESCRIPTION DU VÉHICULE / DESCRIPTION OF VEHICLE

Année, marque et modèle
Year, make and model _____

N° d'immatriculation / Licence number _____

ASSURANCE DU VÉHICULE / INSURANCE ON VEHICLE

Compagnie / Company _____

N° de police / Policy number _____

Date d'expiration / Expiry date _____ / _____ / _____
A/Yr M. J/Day

ACCIDENT

Date _____ / _____ / _____ Heure / Time _____ ☐ AM ☐ PM
A/Yr M. J/Day

Rue, ville / Street, city _____

Nom du témoin / Witness name _____

Tél. du témoin / Witness tel. number (____) _____

*Ceci n'est pas une reconnaissance de responsabilité.
This is not an admission of liability.*

SECTION À REMETTRE À L'AUTRE CONDUCTEUR

Renseignements sur l'assuré de La Personnelle/Information concerning The Personal insured

CONDUCTEUR / DRIVER

Nom / Name _____

Tél. domicile / Tel. home _____ - _____

Tél. travail / Tel. work _____ - _____

N° permis de conduire
Driver's licence number _____

PROPRIÉTAIRE DU VÉHICULE / OWNER OF VEHICLE

Nom / Name _____

Adresse / Address _____

Tél. domicile / Tel. home _____ - _____

Tél. travail / Tel. work _____ - _____

DESCRIPTION DU VÉHICULE / DESCRIPTION OF VEHICLE

Année, marque et modèle
Year, make and model _____

N° d'immatriculation / Licence number _____

ASSURANCE DU VÉHICULE / INSURANCE ON VEHICLE

Compagnie / Company: **La Personnelle, assurances générales inc.**
The Personal General Insurance Inc.

N° de police / Policy number _____

Date d'expiration / Expiry date _____ / _____ / _____
A/Yr M. J/Day

ACCIDENT

Date _____ / _____ / _____ Heure / Time _____ ☐ AM ☐ PM
A/Yr M. J/Day

Rue, ville / Street, city _____

Nom du témoin / Witness name _____

Tél. du témoin / Witness tel. number (____) _____

*Ceci n'est pas une reconnaissance de responsabilité.
This is not an admission of liability.*