

Votre constat d'accident Desjardins 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
1 888 PROTÉGÉ (1 888 776-8343)
 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
 A/Yr M. J/Day PM

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 Desjardins/Information concerning the Desjardins 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: **Desjardins Assurances générales inc.**
Desjardins General Insurance Inc.

N° de police / Policy number _____

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

ACCIDENT

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

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.*