



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 [grid]

Tél. domicile / Tel. home [grid]

Tél. travail / Tel. work [grid]

N° permis de conduire / Driver's licence number [grid]

PROPRIÉTAIRE DU VÉHICULE / OWNER OF VEHICLE

Nom / Name [grid]

Adresse / Address [grid]

Tél. domicile / Tel. home [grid]

Tél. travail / Tel. work [grid]

Service d'indemnisation / Claims Department
1 866 776-8343
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 [grid]

N° d'immatriculation / Licence number [grid]

ASSURANCE DU VÉHICULE / INSURANCE ON VEHICLE

Compagnie / Company [grid]

N° de police / Policy number [grid]

Date d'expiration / Expiry date [grid]

ACCIDENT

Date [grid] Heure / Time [grid] AM PM

Rue, ville / Street, city [grid]

Nom du témoin / Witness name [grid]

Tél. du témoin / Witness tel. number [grid]

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 [grid]

Tél. domicile / Tel. home [grid]

Tél. travail / Tel. work [grid]

N° permis de conduire / Driver's licence number [grid]

PROPRIÉTAIRE DU VÉHICULE / OWNER OF VEHICLE

Nom / Name [grid]

Adresse / Address [grid]

Tél. domicile / Tel. home [grid]

Tél. travail / Tel. work [grid]

DESCRIPTION DU VÉHICULE / DESCRIPTION OF VEHICLE

Année, marque et modèle / Year, make and model [grid]

N° d'immatriculation / Licence number [grid]

ASSURANCE DU VÉHICULE / INSURANCE ON VEHICLE

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

N° de police / Policy number [grid]

Date d'expiration / Expiry date [grid]

ACCIDENT

Date [grid] Heure / Time [grid] AM PM

Rue, ville / Street, city [grid]

Nom du témoin / Witness name [grid]

Tél. du témoin / Witness tel. number [grid]

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

