



# RESPONSABILITE CIVILE (NON-AUTOMOBILE) DECLARATION DE SINISTRE

12501 Old Columbia Pike - Silver Spring, MD 20904

**BUREAU:** (301) 6453-7400 | **FAX:** (301) 453-7060

**EMAIL:** claims@adventistrisk.org

## A REMPLIR PAR LE REPRESENTANT DE L'ASSURE

DIVISION:

### ▷ ENTITE ASSUREE:

NOM:

NUMERO DE TELEPHONE | BUREAU:

RESIDENCE:

ADRESSE:

VILLE:

ÉTAT:

CODE POSTAL:

### ▷ EMPLACEMENT DES LIEUX ASSURES:

ADRESSE:

VILLE:

ÉTAT:

CODE POSTAL:

### ▷ DATE ET HEURE DE L'ACCIDENT:

|      |      |       |       |    |    |
|------|------|-------|-------|----|----|
| MOIS | JOUR | ANNÉE | HEURE | AM | PM |
|------|------|-------|-------|----|----|

ADRESSE:

VILLE:

ÉTAT:

CODE POSTAL:

### ▷ PERSONNE BLESSEE:

NOM:

NOM DE FAMILLE:

AGE:

PROFESSION:

NUMERO DE TELEPHONE | BUREAU:

RESIDENCE:

RELATION AVEC L'ASSURE:

ADRESSE:

VILLE:

ÉTAT:

CODE POSTAL:

EMPLOYE(E) PAR:

QUE FAISAIT LE/LA BLESSE(E) LORS DE L'ACCIDENT?

### ▷ LA BLESSURE:

NATURE ET AMPLIEUR DE LA BLESSURE:

OU LE/LA BLESSE(E) A-T-IL/ELLE ETE EMMENE(E) APRES L'ACCIDENT?

NOM DU MEDECIN:

POURQUOI LE/LA BLESSE(E) ETAIT-IL/ELLE SUR LES LIEUX ?

INVALIDITE PROBABLE:

EST-CE QUE LE/LA BLESSE(E) A REPRIS LE TRAVAIL?

OUI

NON

### ▷ DOMMAGES MATERIELS:

PROPRIETAIRE:

NUMERO DE TELEPHONE | BUREAU:

RESIDENCE:

COUT ESTIME DES REPARATIONS:

ADRESSE:

VILLE:

ÉTAT:

CODE POSTAL:

LISTE DES DOMMAGES:

### ▷ TEMOINS:

NOM:

NOM DE FAMILLE:

NUMERO DE TELEPHONE | BUREAU:

RESIDENCE:

ADRESSE:

VILLE:

ÉTAT:

CODE POSTAL:

### ▷ DESCRIPTION DE L'ACCIDENT:

▷ NOM DE L'OFFICIER DE POLICE A QUI L'ACCIDENT A ETE SIGNALÉ:

LIEU:

NUMERO DE BADGE:

DATE DU RAPPORT (MM/JJ/AAAA):

▷ SIGNATURE DU REPRESENTANT DE L'ASSURE:

TITRE:

DATE DE SIGNATURE (MM/JJ/AAAA):