



AVIS DE SINISTRE AUTOMOBILE

12501 Old Columbia Pike - Silver Spring, MD 20904

BUREAUX: 1-888-951-4ARM(4276) | FAX: (301) 453-7060

COURRIEL: claims@adventistrisk.org

▷ ASSURÉ :

ÉGLISE, ÉCOLE OU AUTRE :

CONFÉRENCE/MISSION :

NOM DU CONTACT :

COURRIEL DU CONTACT :

TÉLÉPHONE DOMICILE DU CONTACT :

TÉLÉPHONE TRAVAIL DU CONTACT :

▷ INFORMATION SUR LE SINISTRE

MOIS	JOUR	ANNÉE	HEURE	AM	PM
LIEU DE L'ACCIDENT - ADRESSE :		VILLE :	ÉTAT :	CODE POSTAL :	
DATE SIGNALÉE À LA POLICE (JJ/MM/AAAA) :		NUMÉRO DU RAPPORT DE POLICE :		INFRACTIONS/CONTRAVENTIONS :	
DESCRIPTION DE L'ACCIDENT/NATURE DE L'ACTIVITÉ (SI NÉCESSAIRE, UTILISEZ UNE PAGE SUPPLÉMENTAIRE)					

▷ VÉHICULE ASSURÉ :

DÉCRIVEZ LE BIEN (POUR UNE AUTO : ANNÉE, MARQUE, MODÈLE

PROPRIÉTAIRE - NOM :

2d PRÉ.

NOM :

No DE LA PLAQUE D'IMMATRICULATION) :

COURRIEL :

ADRESSE :

VILLE :

ÉTAT :

C. P. :

CONDUCTEUR - PRÉNOM (S) :

2d PRÉ.

NOM :

COURRIEL :

ADRESSE :

VILLE :

ÉTAT :

C. P. :

LIEN DE PARENTÉ AVEC L'ASSURÉ :

DATE DE NAISSANCE :

MOTIF D'UTILISATION DU VÉHICULE :

LE CONDUCTEUR A-T-IL ÉTÉ BLESSÉ ?

OUI

NON

DÉCRIVEZ LES DOMMAGES :

L'UTILISATION EN AVAIT-ELLE ÉTÉ AUTORISÉE ?

OUI

NON

MONTANT ESTIMÉ :

OÙ LE VÉHICULE PEUT-IL ÊTRE EXAMINÉ ? ADRESSE :

VILLE :

ÉTAT :

C. P. :

▷ BIENS ENDOMMAGÉS : POUR INFORMATION, SUR UN VÉHICULE AUTRE QUE CELUI DÉCRIT CI-DESSUS

DÉCRIVEZ LE BIEN (POUR UNE AUTO : ANNÉE, MARQUE, MODÈLE, No DE LA PLAQUE D'IMMATRICULATION) :

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE OU DE L'AGENCE ET No DE POLICE (S'IL Y A LIEU) :

PROPRIÉTAIRE - PRÉNOM (S) :

2d PRÉ.

NOM :

TÉL. FIXE :

TÉL. BUREAU :

ADRESSE :

VILLE :

ÉTAT :

C. P. :

CONDUCTEUR - PRÉNOM (S) :

2d PRÉ.

NOM :

TÉL. FIXE :

TÉL. BUREAU :

ADRESSE :

VILLE :

ÉTAT :

C. P. :

DÉCRIVEZ LES DOMMAGES :

OÙ LE VÉHICULE PEUT-IL ÊTRE EXAMINÉ ? ADRESSE :

VILLE :

ÉTAT :

C. P. :

LE CONDUCTEUR A-T-IL ÉTÉ BLESSÉ ?

OUI

NON

▷ PASSENGERS: SI NÉCESSAIRE, UTILISEZ DES FEUILLES SUPPLÉMENTAIRES

PRÉNOM (S) :

2d PRÉ.

NOM :

No DE TÉL. :

BLESSÉ ?

OUI

NON

ADRESSE :

VILLE :

ÉTAT :

C. P. :

PRÉNOM (S) :

2d PRÉ.

NOM :

No DE TÉL. :

BLESSÉ ?

OUI

NON

ADRESSE :

VILLE :

ÉTAT :

C. P. :

PRÉNOM (S) :

2d PRÉ.

NOM :

No DE TÉL. :

BLESSÉ ?

OUI

NON

ADRESSE :

VILLE :

ÉTAT :

C. P. :

▷ TÉMOINS: SI NÉCESSAIRE, UTILISEZ DES FEUILLES SUPPLÉMENTAIRES

PRÉNOM (S) :

2d PRÉ.

NOM :

No DE TÉL. :

ADRESSE :

VILLE :

ÉTAT :

C. P. :

PRÉNOM (S) :

2d PRÉ.

NOM :

No DE TÉL. :

ADRESSE :

VILLE :

ÉTAT :

C. P. :

▷ INCIDENT DÉCLARÉ PAR :

DATE (JJ/MM/AAAA) :

▷ AVIS DE SINISTRE REMPLI PAR :

DATE (JJ/MM/AAAA) :

▷ SIGNATURE DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ DE L'ASSURÉ :

DATE DE SIGNATURE (JJ/MM/AAAA) :