

RAPPORT DE SINISTRE RESPONSABILITÉ CIVILE

Date de la réclamation: _____ Heure de la réclamation: _____

No. De police: _____ No. De formulaire: _____

Date effective: _____ Date d'expiration: _____

Nom de l'assuré: _____

Personne contact: _____ Tél (rés.): _____

Tel (Cell): _____ Tel (bur.): _____

Courriel: _____ Télécopier: _____

Adresse de l'assuré: _____

Lieu du risque: _____

Franchise: \$ _____

Nom de la personne qui rapporte le sinistre: _____

Lien avec l'assuré: _____

Détails concernant la réclamation et ses circonstances:

Date à laquelle vous avez été mis au courant de cette réclamation ou des circonstances: _____

Comment avez-vous été mis au courant de cette réclamation ou des circonstances?

Nom du demandeur: _____

Adresse (si connue): _____

Avez-vous déjà fait l'objet d'une citation à comparaître ou avez-vous déjà déposé une déclaration de sinistre?

Cabinet de courtage: _____

Nom du courtier: _____

Téléphone: _____

Télécopier: _____

Courriel: _____

Retournez le tout:

Télécopier: 604-669-9662 ou par courriel: reclamations@premiergroup.ca