

RAPPORT D'ACCIDENT AUTOMOBILE | N° DE RÉCLAMATION | FORMULAIRE DE RÉCLAMATION BAC N° 1

DÉTENTEUR DE LA POLICE	ASSUREUR		AGENT OU COURTIER		NUMÉRO DE POLICE			
	NOM DE L'ASSURÉ		N° DE TÉLÉPHONE (DOMICILE)					
	ADRESSE RÉSIDENTIELLE		CODE POSTAL		ADRESSE PROFESSIONNELLE		CODE POSTAL	
VÉHICULE	PROPRIÉTAIRE ENREGISTRÉ		ADRESSE					
	PROPRIÉTAIRE RÉEL		ADRESSE					
	MARQUE DU VÉHICULE	ANNÉE	MODÈLE	NIV (17 CHIFFRES)		N° DE PLAQUE D'IMM. ET PROV.		
	KILOMÉTRAGE	DESCRIPTION DU DOMMAGE		ESTIMATION DU DOMMAGE				
				<input type="checkbox"/> Mineur <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Majeur				
CONDUCTEUR	NOM DU CONDUCTEUR		ÂGE	HANDICAP PHYSIQUE, LE CAS ÉCHÉANT		ANNÉES D'EXPÉRIENCE DE CONDUITE		
	ADRESSE			ADRESSE PROFESSIONNELLE				
	N° DE TÉLÉPHONE (DOMICILE) - ()			N° DE TÉLÉPHONE (TRAVAIL) - ()				
	N° DE PERMIS DE CONDUIRE		PROV. / ÉTAT DE DÉLIVRANCE		ACCIDENTS OU CONDAMNATIONS ANTÉRIEURES			
	DATE DE L'ACCIDENT	HEURE	<input type="checkbox"/> NUIT <input type="checkbox"/> JOUR		LIEU DE L'ACCIDENT			
	UTILISATION DU VÉHICULE AU MOMENT DE L'ACCIDENT		CONDITIONS MÉTÉOROLOGIQUES		CONDITIONS DE LA ROUTE			
	VOTRE VITESSE	DIRECTION		VITESSE – AUTRE VÉHICULE		DIRECTION		
	ENQUÊTE POLICIÈRE FAITE PAR :		NOM DU CENTRE DE DÉCLARATION DES COLISION :		FRAIS			
			NOM DE L'ENQUÊTEUR :					
	AVIEZ-VOUS CONSOMMÉ DES BOISSONS ALCOOLISÉES OU DES DROGUES AVANT L'ACCIDENT		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		QUI ÉTAIT RESPONSABLE DE L'ACCIDENT – RAISONS			
DOMMAGE AUX BIENS D'AUTRUI	NOM		N° DE TÉLÉPHONE		NOM		N° DE TÉLÉPHONE	
	ADRESSE				ADRESSE			
	ANNÉE ET MARQUE DU VÉHICULE		N° DE PLAQUE		ANNÉE ET MARQUE DU VÉHICULE		N° DE PLAQUE	
	NOM DE L'ASSUREUR		N° DE POLICE		NOM DE L'ASSUREUR		N° DE POLICE	
	DESCRIPTION DU DOMMAGE				DESCRIPTION DU DOMMAGE			
	ENDROIT OÙ LE VÉHICULE PEUT ÊTRE INSPECTÉ				ENDROIT OÙ LE VÉHICULE PEUT ÊTRE INSPECTÉ			
	NOM DU CONDUCTEUR		N° DE TÉLÉPHONE		NOM DU CONDUCTEUR		N° DE TÉLÉPHONE	
	ADRESSE				ADRESSE			
	N° DE PERMIS DE CONDUIRE		PROV/ÉTAT DE DÉLIVRANCE		N° DE PERMIS DE CONDUIRE		PROV/ÉTAT DE DÉLIVRANCE	

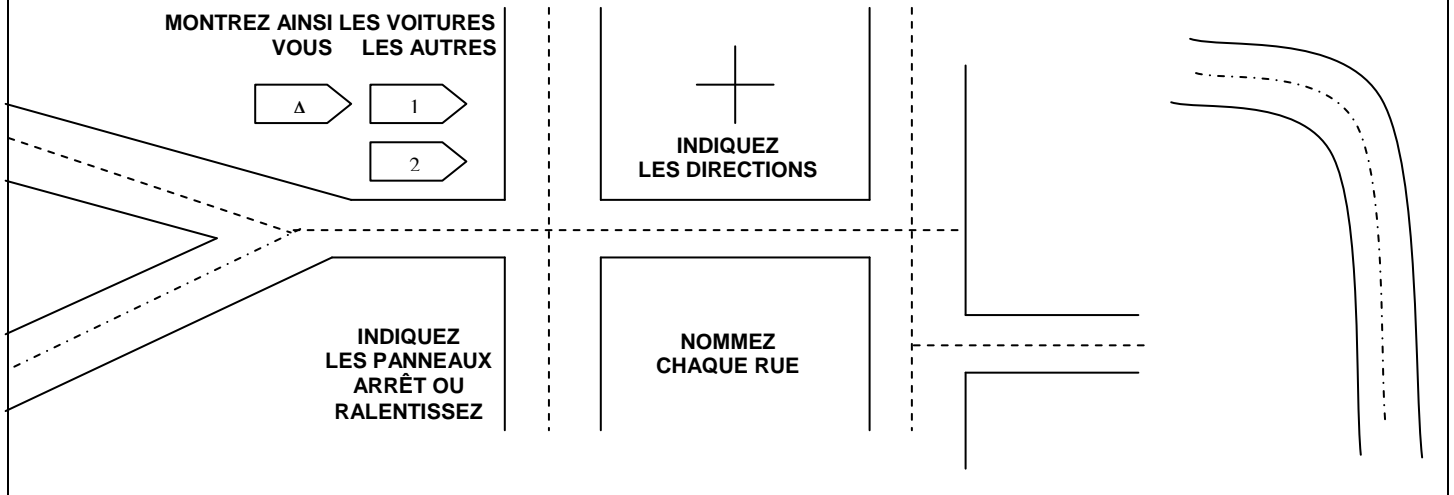
PERSONNES BLESSEES	NOM	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE	N° DE TÉL.	NATURE DES BLESSURES	HÔPITAL
		A M J				

DÉTAILS DE L'ACCIDENT

TÉMOINS	NOM	NOM	NOM
	ADRESSE	ADRESSE	ADRESSE
	N° DE TÉL.	N° DE TÉL.	N° DE TÉL.
	DANS QUEL VÉHICULE? <input type="checkbox"/> LE VÔTRE <input type="checkbox"/> AUTRE NO 1 <input type="checkbox"/> AUTRE NO 2 <input type="checkbox"/> AUTRE	DANS QUEL VÉHICULE? <input type="checkbox"/> LE VOTRE <input type="checkbox"/> AUTRE NO 1 <input type="checkbox"/> AUTRE NO 2 <input type="checkbox"/> AUTRE	DANS QUEL VÉHICULE? <input type="checkbox"/> LE VOTRE <input type="checkbox"/> AUTRE NO 1 <input type="checkbox"/> AUTRE NO 2 <input type="checkbox"/> AUTRE

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT

(Veuillez joindre un croquis approximatif du lieu de l'accident)
 (Illustrez la position des véhicules au moment de la collision. Montrez les marques de dérapage.)
 (Veuillez préciser si la rue compte plus de deux voies ou est à sens unique.)



COMMENTAIRES :

DATE : _____ **SIGNATURE DU CONDUCTEUR :** _____

À REMPLIR PAR LE DÉTENTEUR DE LA POLICE	CONDUCTEUR PRINCIPAL DE VOTRE VÉHICULE	VOTRE LIEN AVEC LE CONDUCTEUR
	LE VÉHICULE A-T-IL ÉTÉ UTILISÉ AVEC VOTRE CONSENTEMENT?	PRIVILÈGE OU HYPOTHÈQUE SUR LE VÉHICULE APPARTENANT À :
	DATE :	SIGNATURE DU DÉTENTEUR DE LA POLICE :