

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	<input type="checkbox"/> BRUNANTE	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	

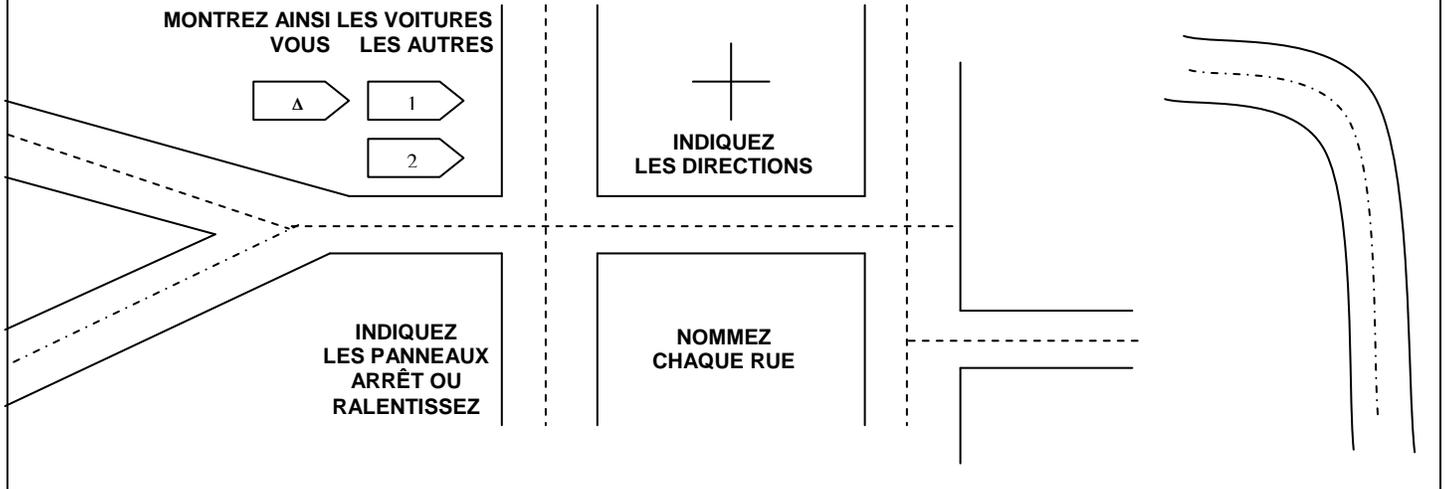
PERSONNES BLESSEES	NOM	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE	N° DE TÉL.	NATURE DES BLESSURES	HÔPITAL
		A M J				

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 :