Ce formulaire doit être complété après tout accident/incident de véhicule. Avant de remplir ce formulaire, veuillez vous assurer que l’ensemble des blessures et dangers immédiats sont pris en charge.

**Informations sur le conducteur** Joindre :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Numéro d’immatriculation du véhicule |  |  |
| Numéro d’autorisation de déplacement |  | Une copie |
| Numéro de permis du conducteur du véhicule |  | Une copie |
| Nom du conducteur du véhicule |  |  |

**Informations sur l’accident/incident**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Heure de l’accident/incident |  |  |
| Date de l’accident/incident |  |  |
| Lieu de l’accident/incident |  |  |
| Nombre de véhicules impliqués |  |  |
| Nombre de personnes blessées |  |  |
| Nombre de témoins |  |  |

Dessinez un schéma de ce qui s’est passé (si possible) :

|  |
| --- |
|  |

Décrivez les dommages causés au véhicule de l’opérateur :

|  |
| --- |
|  |

Si des informations supplémentaires sont nécessaires, joignez des pages supplémentaires ou écrivez au verso.

**Autres véhicules impliqués dans l’accident/incident *- Premier véhicule***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Numéro d’immatriculation du véhicule |  |  |
| Véhicule appartenant à |  |  |
| Numéro de permis du conducteur du véhicule |  |  |
| Nom du conducteur du véhicule |  |  |
| Nom de la compagnie d’assurance |  |  |
| Numéro de police de la compagnie d’assurance |  |  |
| Nom du propriétaire du véhicule |  |  |
| Numéro de téléphone du propriétaire du véhicule |  |  |
| Adresse de contact du propriétaire du véhicule |  |  |
|  |  |
|  |
|  |

**Autres véhicules impliqués dans l’accident/incident - *Deuxième véhicule***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Numéro d’immatriculation du véhicule |  |  |
| Véhicule appartenant à |  |  |
| Numéro de permis du conducteur du véhicule |  |  |
| Nom du conducteur du véhicule |  |  |
| Nom de la compagnie d’assurance |  |  |
| Numéro de police de la compagnie d’assurance |  |  |
| Nom du propriétaire du véhicule |  |  |
| Numéro de téléphone du propriétaire du véhicule |  |  |
| Adresse de contact du propriétaire du véhicule |  |  |
|  |  |
|  |
|  |

**Informations sur la police (le cas échéant)** Joindre :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de l’agent |  |  |
| Matricule de l’agent  |  |  |
| Numéro d’enquête policière (si disponible) |  | Une copie |

**Témoins (le cas échéant)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du témoin 1 |  |
| Numéro de téléphone du témoin |  |
| Adresse du témoin  |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du témoin 2 |  |
| Numéro de téléphone du témoin |  |
| Adresse du témoin  |  |
|  |

**Confirmation**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la personne qui remplit le formulaire |  |
| Date à laquelle le formulaire a été complété |  |
| Nom de la personne recevant le formulaire  |  |
| Date de réception du formulaire  |  |