

Instructions

- Veuillez remplir un formulaire par véhicule.
- Veuillez remplir ce formulaire si l'appareil de désincarcération a été déplacé et, au besoin, utilisé sur les lieux de l'accident de la route.
- Veuillez remplir le formulaire en lettres majuscules et le transmettre à : **Responsable du fichier des fournisseurs**
Société de l'assurance automobile du Québec
Case postale 2500, Succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 8A2

1. DEMANDEUR

L'intervention a été demandée par ambulancier policier

Nom

2. VÉHICULE

Identification du véhicule
impliqué dans l'accident

Numéro de plaque d'immatriculation Type de véhicule

3. COORDONNÉES DE DÉPLACEMENT DE L'APPAREIL

Date		Année		Mois		Jour		Nombre de kilomètres parcourus entre le lieu de départ et celui de l'accident.		_____ km	
Adresse du lieu de départ avec l'appareil		Numéro		Rue		Ville, village ou municipalité					
Adresse du lieu de l'accident		Numéro		Rue		Ville, village ou municipalité					
Numéro d'évènement		Numéro du corps policier		Date de l'accident		Année		Mois		Jour	
										Numéro séquentiel	

4. MONTANT RÉCLAMÉ

Montant Nombre de kilomètres excédant 50

A _____ \$ _____ km **X** 1,75 \$ = **B** _____ \$ **A + B** = _____ \$

5. FOURNISSEUR

Nom		Numéro du fournisseur									
Adresse		Numéro		Rue		Ville, village ou municipalité					
						Code postal					
Nom et prénom de la personne responsable		Téléphone Ind. rég.		Date de la facture		Année		Mois		Jour	

N'oubliez pas de conserver une copie de votre demande de remboursement.

RÉSERVÉ À LA SOCIÉTÉ