

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, succursale 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'événement | 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