

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					
	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