

# QUELS RENSEIGNEMENTS DOIS-JE RECUEILLIR EN CAS D'ACCIDENT?

Accumulez un maximum de renseignements à l'aide de ce formulaire pour dresser le constat de votre accident.

## Quand et où l'accident est-il survenu?

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Endroit : \_\_\_\_\_

**Y avait-il des policiers sur place?**  Oui  Non

Service de police : \_\_\_\_\_ Agent/matricule : \_\_\_\_\_

Inculpation :  Oui  Non Responsable : \_\_\_\_\_

## Qui conduisait votre voiture?

Nom du conducteur : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ N° de permis de conduire : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

## Description de l'AUTRE ou des AUTRES voiture(s)

**Voiture 1 :** Marque/modèle : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_ N° de plaque : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

**Voiture 2 :** Marque/modèle : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_ N° de plaque : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

Description des dommages : \_\_\_\_\_

## Qui sont les conducteurs de l'AUTRE ou des AUTRES voiture(s)?

**Voiture 1 :** Nom du conducteur : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ N° de permis de conduire : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

**Voiture 2 :** Nom du conducteur : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ N° de permis de conduire : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

## Qui sont les propriétaires des AUTRES voitures?

**Voiture 1 :** Propriétaire immatriculé : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ N° de police : \_\_\_\_\_

**Voiture 2 :** Propriétaire immatriculé : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ N° de police : \_\_\_\_\_

## Occupants des autres voitures

**1)** Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Blessé(e)  oui  non (*Important*)

**3)** Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Blessé(e)  oui  non (*Important*)

**2)** Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Blessé(e)  oui  non (*Important*)

**4)** Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Blessé(e)  oui  non (*Important*)

## Témoins

**1)** Nom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

**2)** Nom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Dessinez, si possible, la scène de l'accident au dos de cette feuille.  
Cela peut être utile.

**Ne postez pas ce formulaire.**

**Dessinez un croquis de la scène de l'accident.**

N'oubliez pas d'y inclure les panneaux de signalisation, les obstacles, les points d'impact, etc.

