



# Formulaire de réclamation d'accident du participant

En cas de blessure grave, de décès ou de  
démembrement à quiconque, appeler le 1-855-640-6444.

## Section 1 – Informations générales

### Date de l'incident :

Genre de rallye :  Rallye  Rallye-sprint  Rallye-cross  Rallye de navigation  
Région :  RPM  RW  RSO  RSQ  ARMS

Rapport préparé par : \_\_\_\_\_ Tél. cellulaire : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Tél. Maison : \_\_\_\_\_

Nom de l'événement : \_\_\_\_\_

Lieu de l'événement : \_\_\_\_\_

Lieu de l'incident :  Spéciale  Liaison  Parc d'assistance  Autre  
 Aire de spectateur

Ce qui est arrivé : \_\_\_\_\_

## Section 2 – Renseignements personnels

Nom :		Adresse :	
Ville :		Province :	
Code postal :		Tél. maison :	
Courriel :		Tél. travail :	
Condition du blessé :	<input type="checkbox"/> Pilote	<input type="checkbox"/> Copilote	<input type="checkbox"/> Équipe de service
	<input type="checkbox"/> Officiel	<input type="checkbox"/> Spectateur	<input type="checkbox"/> Travailleur
Le blessé est-il mineur ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si oui, précisez son âge :
Le blessé est-il affilié à CARS ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Accréditation émise par :	<input type="checkbox"/> CARS	<input type="checkbox"/> Région	<input type="checkbox"/> Club <input type="checkbox"/> FIA <input type="checkbox"/> Autre
Nature des blessures :			
Traitements autres que premiers soins :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Nom de l'assureur privé :		Nom du médecin :	
Nom de l'hôpital :		Téléphone :	

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

Ville : \_\_\_\_\_ Prov. : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Le demandeur sera-t-il absent du travail pour plus d'un an ?  Oui  Non

Le demandeur sera-t-il absent du travail pour plus de huit jours ?  Oui  Non

Avantages demandés	<input type="checkbox"/> Mort accidentelle et démembrement	<input type="checkbox"/> Soins excédentaires	<input type="checkbox"/> Indemnité hebdomadaire
--------------------	--	--	---



## Formulaire de réclamation d'accident du participant

En cas de blessure grave, de décès ou de  
démembrement à quiconque, appeler le 1-855-640-6444.

---

### Section 3 – Dommages à la propriété

Nom du propriétaire : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Prov. : \_\_\_\_\_

Téléphone maison : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

#### Description de la propriété :

---

---

---

---

---

#### Description des dommages :

---

---

---

---

---

Estimer le montant des dommages : \_\_\_\_\_