VILLE DE MONT-ROYAL TOWN OF MOUNT ROYAL

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

Vous pouvez imprimer ce formulaire avant ou après l'avoir rempli. Pour que votre réclamation soit recevable, vous devez fournir un avis à la Ville, en utilisant ce formulaire ou non, dans un délai de quinze jours suivant la date de l'incident comme le prévoit l'article 585 de la Loi sur les cités et villes (L.R.Q., c, C-19).

À faire parvenir par courrier ou en mains propres au Service du greffe, 90, avenue Roosevelt, Mont-Royal (Québec) H3R 1Z5. **Important : n'oubliez pas de fournir un numéro de téléphone**.

Renseignements personnels

☐ M. ☐ Mme Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Renseignements sur l'incident

Date et heure de l'incident : _____ _____
jj / mm / aaaa *hh : mm*

Lieu de l'incident : _____

Type d'incident : _____

Détails de l'incident :

Rapport / constat émis par : ☐ SPVM Rapport nº : _____

☐ Sécurité publique Rapport nº : _____

Témoin(s) de l'incident : (*s'il y a lieu*)
Nom et prénom : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____

Assureur personnel informé de l'incident : ☐ Oui ☐ Non

Nº de police d'assurance : _____

Nom de l'assureur : _____

Coordonnées de l'assureur : _____

Photos ci-jointes : ☐ Oui ☐ Non

Estimation ci-jointe : ☐ Oui ☐ Non

Valeur estimée des dommages : _____

Date : _____ Signature : _____
jj / mm / aaaa

À l'usage de la Ville de Mont- Royal

Date de réception : _____ **Reçu par :** _____
jj / mm / aaaa