

Important – Detach and retain

Per the terms of your rental contract, if you accepted or declined the Loss Damage Waiver (full or partial) on the rental vehicle, you may be financially responsible for loss or damage to the rental vehicle regardless of fault.

In case of an Incident:

1. Please complete all areas of the attached Incident Report. **Provide a copy of the Police report.** Please include your insurance carrier information in the spaces provided.
2. **Report all Incidents to the Rental Car Company and to the Local Police as soon as possible.**
3. Deliver the completed Incident Report and all other documentation to a representative at the location where you return the rental vehicle.
4. Report Incident to your Insurance Company or Credit Card Company as either may afford you full or partial coverage.
5. **Per the terms of the Rental Agreement you are in violation of the agreement:
If you fail to promptly report any damage to or loss of the vehicle when it occurs or when you learn of it;
If you fail to comply with the investigation, and/or
If you fail to provide an accurate Incident Report.**

Important – À détacher et à conserver

En vertu des termes du contrat, si vous avez accepté ou refusé l'EPD (Exonération, complète ou partielle, en cas de Perte ou Dommages) vous pourriez être financièrement responsable pour les dommages du véhicule de location sans égard à la responsabilité.

En cas d'incident:

1. Compléter entièrement le rapport ci-joint. **Joindre une copie du rapport de police.** Indiquer les renseignements de votre assureur personnel dans les cases réservées à cet effet.
2. **Déclarer tous les incidents à la compagnie de location de véhicules et à la police dans les plus brefs délais.**
3. Soumettre le rapport d'incident dûment complété ainsi que tout autres documents, à l'employé/e de la succursale de retour du véhicule.
4. Déclarer l'incident à votre assureur ou votre carte de crédit car vous pourriez recevoir un remboursement complet ou partiel.
5. **En vertu des modalités et conditions du contrat de location, vous êtes en rupture de contrat :
Si vous omettez de déclarer rapidement un dommage causé à la voiture ou sa perte au moment où le dommage ou la perte surviennent ou lorsque vous l'apprenez ;
Si vous ne collaborez pas sans réserve à notre enquête ; et/ou,
Si vous omettez de nous donner rapidement un rapport d'incident dûment complété et correct.**

INCIDENT REPORT (To be completed by customer) RAPPORT D'INCIDENT (À compléter par le client)

**REPORT DATE
DATE DU RAPPORT**

**INSURANCE CLAIM NUMBER
NO RÉCLAMATION ASSURANCE**

RENTER LOCATAIRE	FULL NAME / NOM COMPLET		HOME DOMICILE	TELEPHONE NUMBER / NUMÉRO DE TÉLÉPHONE BUSINESS TRAVAIL													
	COMPLETE ADDRESS / ADRESSE COMPLÈTE		CITY / VILLE	PROVINCE	POSTAL CODE / CODE POSTAL												
VEHICLE VEHICULE	VEHICLE NUMBER / NUMÉRO VEHICULE	VEHICLE MAKE / MARQUE VEHICULE	YEAR / ANNEE	PLATE NUMBER / IMMATRICULATION	LDW / EPD	RESPONSIBILITY / RESPONSABILITÉ											
	RA NUMBER / NUMÉRO DE CONTRAT	PROVINCE	OWNER / PROPRIÉTAIRE	RENTING CITY / VILLE LOCATAIRE	<input type="checkbox"/> YES / OUI <input type="checkbox"/> NO / NON \$ _____												
DRIVER CONDUCTEUR	FULL NAME / NOM COMPLET		DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE		DRIVER AUTHORIZED / CONDUCTEUR AUTORISÉ YES OUI <input type="checkbox"/> NO NON <input type="checkbox"/>												
	COMPLETE ADDRESS / ADRESSE COMPLÈTE				TELEPHONE NUMBER / NUMÉRO TÉLÉPHONE												
	BY WHOM EMPLOYED / NOM DE L'EMPLOYEUR		E-MAIL ADDRESS / COURRIEL	MARRIED / MARRIÉ/E YES OUI <input type="checkbox"/> NO NON <input type="checkbox"/>	IF MARRIED SPOUSES NAME AND INSURANCE CO./SI MARRIÉ NOM DE LEPOUX/SE ET DE L'ASSUREUR												
	EMPLOYERS ADDRESS / ADRESSE DE L'EMPLOYEUR				TELEPHONE NUMBER / NUMÉRO TÉLÉPHONE												
DETAILS OF REPORT DÉTAILS RAPPORT	DATE OF INCIDENT / DATE DE L'INCIDENT		TIME OF INCIDENT / HEURE DE L'INCIDENT AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	INS. CO. NOTIFIED? / ASSUREUR AVISÉ? YES OUI <input type="checkbox"/> NO NON <input type="checkbox"/>	WERE POLICE NOTIFIED? / POLICE AVISÉE? YES OUI <input type="checkbox"/> NO NON <input type="checkbox"/>	WAS TICKET ISSUED? / CONTRAVENTION DRESSÉE? YES OUI <input type="checkbox"/> NO NON <input type="checkbox"/>											
	EXACT ADDRESS OF INCIDENT STREET, HIGHWAY, CITY, PROVINCE / ADRESSE EXACTE DE L'INCIDENT RUE, AUTOROUTE, VILLE, PROVINCE																
	INSURANCE COMPANY NAME / NOM DE L'ASSUREUR		TELEPHONE NUMBER / NUMÉRO TÉLÉPHONE	POLICY NUMBER / NUMÉRO POLICE ASSURANCE	CREDIT CARD TYPE / ÉMETTEUR DE LA CARTE DE CRÉDIT												
	OFFICERS NAME / NOM DE L'OFFICIER		POLICE DEPARTMENT/SERVICE POLICE	BADGE NUMBER / NUMÉRO BADGE	POLICE TELEPHONE # / TÉLÉPHONE POLICE	POLICE REPORT NUMBER / NUMÉRO DE RAPPORT DE POLICE											
INJURIES BLESSURES	IF ADDITIONAL SPACE IS NEEDED ATTACH INFORMATION JOINDRE RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES SI BESOIN		DRIVER / CONDUCTEUR YES OUI <input type="checkbox"/> NO NON <input type="checkbox"/>	WAS SEAT BELT USED? / CEINTURE BOUCLÉE? YES OUI <input type="checkbox"/> NO NON <input type="checkbox"/>	POSITION IN CAR / POSITION VEHICULE												
	IF YES, DESCRIBE INJURIES / SI OUI, DÉCRIRE LES BLESSURES				<table border="1" style="float:right; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">DRIVER IS #1 CONDUCTEUR EST 1</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>6</td> <td>3</td> </tr> </table>		DRIVER IS #1 CONDUCTEUR EST 1			7	4	1	8	5	2	9	6
DRIVER IS #1 CONDUCTEUR EST 1																	
7	4	1															
8	5	2															
9	6	3															
ALL PASSENGER INFORMATION MUST BE SUPPLIED / SOUMETTRE TOUS LES RENSEIGNEMENTS SUR TOUS LES PASSAGERS																	
ADDITIONAL PASSENGER INFORMATION (MANDATORY) RENSEIGNEMENTS SUR LES PASSAGERS (OBLIGATOIRE)	PASSENGER 1	FULL NAME / NOM COMPLET		DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE M/M D/J Y/A	SEX / SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	MARRIED / MARRIÉ YES OUI <input type="checkbox"/> NO NON <input type="checkbox"/>	IF MARRIED SPOUSES NAME AND INSURANCE CO./SI MARRIÉ NOM DE LEPOUX/SE ET DE L'ASSUREUR										
		ADDRESS / ADRESSE		HOME NO. / NUMÉRO MAISON	CELL NO. / CELL NUMÉRO	WORK NO. / TRAVAIL NUMÉRO	E-MAIL ADDRESS / COURRIEL										
		INJURIES / BLESSURES YES OUI <input type="checkbox"/> NO NON <input type="checkbox"/>		IF YES, DESCRIBE INJURIES / SI OUI, DÉCRIRE LES BLESSURES		DOES THIS PERSON OWN A CAR / PROPRIÉTAIRE DE VEHICULE?	POSITION IN VEHICLE / POSITION DANS LE VÉHICULE										
	PASSENGER 2	FULL NAME / NOM COMPLET		DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE M/M D/J Y/A	SEX / SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	MARRIED / MARRIÉ YES OUI <input type="checkbox"/> NO NON <input type="checkbox"/>	IF MARRIED SPOUSES NAME AND INSURANCE CO./SI MARRIÉ NOM DE LEPOUX/SE ET DE L'ASSUREUR										
		ADDRESS / ADRESSE		HOME NO. / NUMÉRO MAISON	CELL NO. / CELL NUMÉRO	WORK NO. / TRAVAIL NUMÉRO	E-MAIL ADDRESS / COURRIEL										
		INJURIES / BLESSURES YES OUI <input type="checkbox"/> NO NON <input type="checkbox"/>		IF YES, DESCRIBE INJURIES / SI OUI, DÉCRIRE LES BLESSURES		DOES THIS PERSON OWN A CAR / PROPRIÉTAIRE DE VEHICULE?	POSITION IN VEHICLE / POSITION DANS LE VÉHICULE										
	PASSENGER 3	FULL NAME / NOM COMPLET		DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE M/M D/J Y/A	SEX / SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	MARRIED / MARRIÉ YES OUI <input type="checkbox"/> NO NON <input type="checkbox"/>	IF MARRIED SPOUSES NAME AND INSURANCE CO./SI MARRIÉ NOM DE LEPOUX/SE ET DE L'ASSUREUR										
		ADDRESS / ADRESSE		HOME NO. / NUMÉRO MAISON	CELL NO. / CELL NUMÉRO	WORK NO. / TRAVAIL NUMÉRO	E-MAIL ADDRESS / COURRIEL										
		INJURIES / BLESSURES YES OUI <input type="checkbox"/> NO NON <input type="checkbox"/>		IF YES, DESCRIBE INJURIES / SI OUI, DÉCRIRE LES BLESSURES		DOES THIS PERSON OWN A CAR / PROPRIÉTAIRE DE VEHICULE?	POSITION IN VEHICLE / POSITION DANS LE VÉHICULE										
	PASSENGER 4	FULL NAME / NOM COMPLET		DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE M/M D/J Y/A	SEX / SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	MARRIED / MARRIÉ YES OUI <input type="checkbox"/> NO NON <input type="checkbox"/>	IF MARRIED SPOUSES NAME AND INSURANCE CO./SI MARRIÉ NOM DE LEPOUX/SE ET DE L'ASSUREUR										
		ADDRESS / ADRESSE		HOME NO. / NUMÉRO MAISON	CELL NO. / CELL NUMÉRO	WORK NO. / TRAVAIL NUMÉRO	E-MAIL ADDRESS / COURRIEL										
		INJURIES / BLESSURES YES OUI <input type="checkbox"/> NO NON <input type="checkbox"/>		IF YES, DESCRIBE INJURIES / SI OUI, DÉCRIRE LES BLESSURES		DOES THIS PERSON OWN A CAR / PROPRIÉTAIRE DE VEHICULE?	POSITION IN VEHICLE / POSITION DANS LE VÉHICULE										
	WITNESS TÉMOINS	FULL NAME AND ADDRESS / NOM COMPLET ET ADRESSE			HOME NO. / NUMÉRO MAISON	WORK NO. / NUMÉRO TRAVAIL											
		FULL NAME AND ADDRESS / NOM COMPLET ET ADRESSE			HOME NO. / NUMÉRO MAISON	WORK NO. / NUMÉRO TRAVAIL											
	THIRD PARTY INFO DÉTAILS TIERS	NAME OF OWNER / NOM DU PROPRIÉTAIRE		TELEPHONE NUMBER / NUMÉRO TÉLÉPHONE		PLATE NUMBER / IMMATRICULATION											
		ADDRESS / ADRESSE		DRIVERS LICENSE NUMBER / NUMÉRO DE PERMIS DE CONDUIRE	MAKE AND MODEL / MARQUE ET MODÈLE	YEAR / ANNÉE											
NAME OF DRIVER / NOM DU CONDUCTEUR		AGE	ADDRESS / ADRESSE														
DESCRIPTION AND LOCATION OF DAMAGE / DESCRIPTION ET ENDROIT DES DOMMAGES		INSURANCE COMPANY / NOM DE L'ASSUREUR	POLICY / NUMÉRO POLICE	TELEPHONE / TÉLÉPHONE													
DETAILS OF INCIDENT DÉTAILS DE L'INCIDENT	COMPLETE DRIVERS VERSION / VERSION DES FAITS COMPLÈTE DU CONDUCTEUR																
	DESCRIPTION OF DAMAGES / DESCRIPTION DES DOMMAGES																
<p>Per the terms of the Rental Agreement you are in violation of the agreement if you fail to promptly report any damage to or loss of the vehicle when it occurs or when you learn of it, if you fail to comply with the investigation, or if you fail to provide an accurate Incident report. Vous êtes en rupture de contrat si vous omettez de déclarer immédiatement un dommage causé à la voiture ou sa perte au moment ou ils surviennent ou lorsque vous l'apprenez; si vous ne collaborez pas sans réserve à notre enquête si vous omettez de nous donner rapidement un rapport d'incident correct.</p>																	
SIGNATURE OF DRIVER (MANDATORY) / SIGNATURE DU CONDUCTEUR (OBLIGATOIRE)		RENTAL STATION / BUREAU LOCATION	EMPLOYEE SIGNATURE / SIGNATURE EMPLOYÉ/E		EMPLOYEE NUMBER / NUMÉRO EMPLOYÉ/E												