

Rapport d'accident d'automobile

Il est essentiel que les accidents impliquant des occupants, des piétons et d'autres usagers de la route soient documentés dans un rapport d'accident d'automobile. Cela permet à votre entreprise d'enquêter sur la cause de l'accident, d'aider à identifier les parties impliquées dans l'accident et de prendre des mesures pour éviter qu'un tel accident se produise à nouveau. Avisez votre assureur d'une demande d'indemnisation possible et veillez à indiquer le nom et le poste de la personne à qui vous avez signalé le sinistre. Lorsqu'il y a blessure d'une tierce personne, il faut immédiatement procéder à un test de dépistage d'alcool et de drogues.

Le présent formulaire de rapport d'accident, les heures de service, l'enregistrement vidéo de la caméra-témoin et les photos de l'incident doivent être conservées au dossier pour offrir un recours en cas d'une éventuelle demande d'indemnisation. Une copie papier du rapport d'accident rempli doit être conservée au dossier. Lorsque cela est possible, un formulaire de rapport d'accident doit aussi être conservé sous forme électronique dans une base de données dont on effectue périodiquement une sauvegarde de sécurité. Le fait de remplir le présent rapport ne constitue en rien une admission de responsabilité.

Détails administratifs							
Nom de l'entreprise							
Nom du conducteur							
Date du rapport							
Adresse civile		Ville		Province		Code postal	
Rapport rempli par				Fonction			
Courriel				Numéro de téléphone			

Personnel de la société d'assurance à rejoindre en cas d'accident			
Nom			Titre (c.à.d. superviseur conformité)
Société d'assurance			Numéro de téléphone

Numéro de téléphone							
Veuillez noter que le présent rapport contient les renseignements concernant un maximum de deux véhicules. Veuillez vous assurer de bien noter les renseignements concernant le conducteur, le véhicule et l'assureur pour tout véhicule supplémentaire impliqué et joignez-les au présent document.							
Date de l'accident		Heure de l'accident		Heures de service		Nb. Véhicules impliqués	
Renseignements sur le lieu de l'accident							
Province/État		Route/rue/autoroute		Rue transversale la plus proche /Indicateur de kilométrage			
Dommages matériels (autre qu'aux véhicules)	<input type="checkbox"/> Oui	Blessures (mêmes mineures)	<input type="checkbox"/> Oui	Nombre de personnes blessées		Ambulance présente	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Non				<input type="checkbox"/> Non
Description de l'incident							

Croquis de l'incident

Veillez illustrer les détails de l'incident pour étayer les images de la caméra-témoïn et les photos prises à l'aide de votre téléphone ou appareil-photo. Veillez préciser si la rue comporte plus de deux voies ou si elle est à sens unique.

Afficher les véhicules

Vous A →

Autre 1 →

2 →

Veillez indiquer ce qui suit:

- Position des véhicules au moment de la collision
- Panneaux de signalisation
- Intersection
- Points d'entrée et de sortie
- Courbes
- Pente montante/ descendante
- Nombre de véhicules
- Indiquez les directions
- Étiquetez chaque rue

Renseignements du témoin 1 (s'il y a lieu)		Renseignements du témoin 2 (s'il y a lieu)	
Nom		Nom	
Adresse		Adresse	
Numéro de téléphone		Numéro de téléphone	
Le témoin était-il passager du véhicule 1 ou 2?		Le témoin était-il passager du véhicule 1 ou 2?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Détails supplémentaires		Détails supplémentaires	

Circonstances

Conditions météorologiques		État de la route	
Visibilité		État de la route	
Détails supplémentaires (vitesse, direction, vitesse de l'autre véhicule, direction de l'autre véhicule)			

Blessures (s'il y a lieu)

Position dans le véhicule <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> </div>	Soins reçus	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Départ par ambulance	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Type de blessure (saignements, perte de conscience, membres brisés)			

Véhicule 1 (votre véhicule)

Numéro du permis de conduire			
Entrée en vigueur		Date d'expiration	
Prénom			
Nom de famille			
Adresse civile			
Ville		Code postal	
Pays		Province	
Numéro de téléphone à domicile		Numéro de téléphone au travail	
Courriel			

Immatriculation du véhicule				
Propriétaire inscrit				
Adresse			Code postal	
Ville		Province		Pays
Marque du véhicule		Année		Modèle
Numéro d'identification du véhicule (NIV) (17 CHIFFRES)		Votre véhicule est-il immatriculé IRP?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Numéro de la plaque d'immatriculation		Province de la plaque d'immatriculation		

Section réservée au courtier ou à l'agent d'assurance :

Catégorie du véhicule

Remorque 1			
Adresse			
Ville			
Code postal			
Pays		Province	
Marque du véhicule		Année	
Numéro de série			
Numéro de la plaque d'immatriculation			
Remorque frigorifique		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Remorque 2			
Adresse			
Ville			
Code postal			
Pays		Province	
Marque du véhicule		Année	
Numéro de série			
Numéro de la plaque d'immatriculation			
Remorque frigorifique		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Certificat d'assurance

Assureur		Société d'assurance		
Numéro de police		Entrée en vigueur		Date d'expiration
Nom de l'assuré				
Adresse			Code postal	
Ville		Province		Pays
Numéro de téléphone à domicile		Numéro de téléphone au travail		
Agent/courtier		Téléphone		

Véhicule 2 (votre véhicule)

Numéro du permis de conduire			
Entrée en vigueur		Date d'expiration	
Prénom			
Nom de famille			
Adresse civile			
Ville		Code postal	
Pays		Province	
Numéro de téléphone à domicile		Numéro de téléphone au travail	
Courriel			

Immatriculation du véhicule				
Propriétaire inscrit				
Adresse			Code postal	
Ville		Province		Pays
Marque du véhicule		Année		Modèle
Numéro d'identification du véhicule (NIV) (17 CHIFFRES)		Votre véhicule est-il immatriculé IRP?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Numéro de la plaque d'immatriculation		Province de la plaque d'immatriculation		

Section réservée au courtier ou à l'agent d'assurance :

Catégorie du véhicule

Remorque 1			
Adresse			
Ville			
Code postal			
Pays		Province	
Marque du véhicule		Année	
Numéro de série			
Numéro de la plaque d'immatriculation			
Remorque frigorifique		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non





Remorque 2			
Adresse			
Ville			
Code postal			
Pays		Province	
Marque du véhicule		Année	
Numéro de série			
Numéro de la plaque d'immatriculation			
Remorque frigorifique		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non





Certificat d'assurance

Assureur		Société d'assurance		
Numéro de police		Entrée en vigueur		Date d'expiration
Nom de l'assuré				
Adresse			Code postal	
Ville		Province		Pays
Numéro de téléphone à domicile		Numéro de téléphone au travail		
Agent/courtier		Téléphone		

Description des dommages au véhicule 1 ou commentaires :

Description des dommages au véhicule 2 ou commentaires :

	Illustrez le point de contact initial au moyen d'une flèche.
	Motocyclette 
	Automobile 
	Semi-remorque 
	Camion ou autre 

	Illustrez le point de contact initial au moyen d'une flèche.
	Motocyclette 
	Automobile 
	Semi-remorque 
	Camion ou autre 

Renseignements supplémentaires (s'il y a lieu)

Service de police			
Nom de l'agent			Numéro d'insigne
Numéro de rapport			Numéro de téléphone
Détachement			
Contravention reçue	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Dans l'affirmative, raison : (c.-à-d. type de contravention)			

Remorquage

Raison sociale			
Adresse de destination du remorquage			Numéro de téléphone
Retour des équipements			Nombre d'employés

Déversement				
Niveau du réservoir <input type="checkbox"/> Vide <input type="checkbox"/> Quart <input type="checkbox"/> Moitié <input type="checkbox"/> Trois quarts <input type="checkbox"/> Plein	Capacité			Mesures prises
	Risque pour l'environnement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Description

Cargaison			
Périssable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Mesures prises
Risque pour l'environnement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Description
Catégorie de danger	<input type="checkbox"/> En vrac	<input type="checkbox"/> Emballé	Remorque déchargée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Pièces jointes				
<input type="checkbox"/> Connaissance	<input type="checkbox"/> Factures	<input type="checkbox"/> Fiches journalières	<input type="checkbox"/> Photos	<input type="checkbox"/> Vidéo de la caméra-témoin
<input type="checkbox"/> Autres (veuillez préciser)				

Rempli par	
_____	_____
Nom (Imprimer)	Date

Signature	

Autorisé par	
_____	_____
Nom (Imprimer)	Date

Signature	