



souveraine^{MC}
ASSURANCE



TROUSSE DE RAPPORT

d'accident automobile

Servez-vous de cette trousse pour vous aider à présenter une réclamation à la suite d'un accident automobile.

Un accident, ça arrive sans crier gare...

Voici donc quelques conseils pour vous aider en cas d'accident automobile :

- Il est important de rester calme, courtois et de ne pas se disputer avec l'autre conducteur.
- **Appelez toujours la police si :**
 - Quelqu'un est blessé;
 - Vous pensez que l'autre conducteur pourrait être coupable d'une infraction au Code criminel, comme la conduite avec facultés affaiblies;
 - Il y a des dommages matériels importants ou le véhicule n'est plus en état de rouler.
- Prenez des photos de la scène de l'accident avec votre téléphone cellulaire.
- Si vous pouvez le faire en toute sécurité, essayez de déplacer votre véhicule sur le côté de la route pour ne pas bloquer la circulation.
- Si vous ne pouvez pas conduire votre véhicule, allumez vos feux de détresse ou disposez des cônes, des triangles de signalisation ou des fusées éclairantes.
- **Peu importe les circonstances de l'accident, n'admettez jamais votre responsabilité. Ne signez aucun document et ne faites une déclaration qu'à la police, à votre entreprise ou à votre compagnie d'assurance.**
- Notez tous les renseignements nécessaires dans cette trousse pendant que vous êtes encore sur la scène de l'accident.
- Veillez à noter tous les faits avant de quitter la scène.
- Dès que possible, signalez l'accident à votre employeur, le cas échéant.
- **Appelez votre courtier d'assurance.**
- Pour vous rappeler l'information requise lorsque vous présenterez une réclamation, prenez le temps de remplir minutieusement ce document. Signalez dès que possible l'accident à Souveraine Assurance.

Renseignements importants



Vos renseignements personnels

Votre nom : _____

Adresse : _____

N° de permis de conduire : _____

Téléphone : _____

Nom de l'entreprise (s'il s'agit d'un véhicule de société) : _____

Adresse de l'entreprise (s'il s'agit d'un véhicule de société) : _____

Année de construction du véhicule : _____

Marque du véhicule : _____

Modèle : _____

N° de série : _____

N° d'immatriculation : _____

Province d'immatriculation : _____

Assureur : _____

N° de police : _____

Remarque : _____

Renseignements importants

Autre véhicule impliqué n° 1

Nom : _____

N° de permis de conduire : _____

Adresse : _____

Téléphone (professionnel) : _____

Téléphone (résidentiel) : _____

Conducteur blessé? Oui Non

Brève description des blessures : _____

Année de construction du véhicule : _____

Marque du véhicule : _____

Modèle : _____

N° de série : _____

N° d'immatriculation : _____

Province d'immatriculation : _____

Assureur : _____

N° de police : _____

Nom du propriétaire du véhicule (si autre que le conducteur) : _____

Adresse du propriétaire du véhicule (si autre que le conducteur) : _____

N° de tél. du propriétaire du véhicule (si autre que le conducteur) : _____

Assureur : _____

Courtier d'assurance : _____

N° de police : _____

Date d'échéance : _____

Remorque/cargaison (le cas échéant) : _____

Titulaire de l'immatriculation de la remorque : _____

Année : _____

Marque : _____

Modèle : _____

Description de la cargaison : _____

Renseignements importants

Autre véhicule impliqué n° 2

Nom : _____

N° de permis de conduire : _____

Adresse : _____

Téléphone (professionnel) : _____

Téléphone (résidentiel) : _____

Conducteur blessé? Oui Non

Breve description des blessures : _____

Année de construction du véhicule : _____

Marque du véhicule : _____

Modèle : _____

N° de série : _____

N° d'immatriculation : _____

Province d'immatriculation : _____

Assureur : _____

N° de police : _____

Nom du propriétaire du véhicule (si autre que le conducteur) : _____

Adresse du propriétaire du véhicule (si autre que le conducteur) : _____

N° de tél. du propriétaire du véhicule (si autre que le conducteur) : _____

Assureur : _____

Courtier d'assurance : _____

N° de police : _____

Date d'échéance : _____

Remorque/cargaison (le cas échéant) : _____

Titulaire de l'immatriculation de la remorque : _____

Année : _____

Marque : _____

Modèle : _____

Description de la cargaison : _____

Renseignements sur les passagers

Passager n° 1

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Dans quel véhicule se trouvait ce passager?

Le mien N°1 N°2

Où était-il assis?

Siège passager avant Banquette arrière côté passager
 Banquette arrière côté conducteur Banquette arrière au centre

Passager blessé?

Oui Non

Brève description des blessures _____

Passager n° 2

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Dans quel véhicule se trouvait ce passager?

Le mien N°1 N°2

Où était-il assis?

Siège passager avant Banquette arrière côté passager
 Banquette arrière côté conducteur Banquette arrière au centre

Passager blessé?

Oui Non

Brève description des blessures _____

Renseignements sur les passagers

Passager n° 3

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Dans quel véhicule se trouvait ce passager?

Le mien N°1 N°2

Où était-il assis?

Siège passager avant Banquette arrière côté passager
 Banquette arrière côté conducteur Banquette arrière au centre

Passager blessé?

Oui Non

Brève description des blessures _____

Passager n° 4

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Dans quel véhicule se trouvait ce passager?

Le mien N°1 N°2

Où était-il assis?

Siège passager avant Banquette arrière côté passager
 Banquette arrière côté conducteur Banquette arrière au centre

Passager blessé?

Oui Non

Brève description des blessures _____

L'accident

Détails de l'accident

Date de l'accident : _____

Heure de l'accident : _____

Lieu de l'accident : _____

Vitesse du véhicule au moment de la collision : _____

Type d'accident :

- Collision par l'arrière Dépassement Virage à droite Virage à gauche
 Objet fixe Collision frontale Angle droit Collision latérale
 Autre _____

Décrivez tous les dommages causés à votre véhicule ou à votre cargaison et à ceux des autres conducteurs. _____

Avant la collision, le véhicule : (véhicule 1)

- Allait tout droit Virait à droite Virait à gauche
 Faisait demi-tour Reculait Changeait de voie
 Était stationné Évitaient un objet Dépassait un véhicule
 Ralentissait ou s'apprêtait à arrêter Était à l'arrêt dans la circulation
 Démarrait depuis un stationnement S'insérait dans le flot de circulation
 Démarrait dans la circulation Autre _____

Avant la collision, le véhicule : (véhicule 2)

- Allait tout droit Virait à droite Virait à gauche
 Faisait demi-tour Reculait Changeait de voie
 Était stationné Évitaient un objet Dépassait un véhicule
 Ralentissait ou s'apprêtait à arrêter Était à l'arrêt dans la circulation
 Démarrait depuis un stationnement S'insérait dans le flot de circulation
 Démarrait dans la circulation Autre _____

L'accident

Détails de l'accident

Avant la collision, le véhicule : (véhicule 3)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allait tout droit | <input type="checkbox"/> Virait à droite | <input type="checkbox"/> Virait à gauche |
| <input type="checkbox"/> Faisait demi-tour | <input type="checkbox"/> Reculait | <input type="checkbox"/> Changeait de voie |
| <input type="checkbox"/> Était stationné | <input type="checkbox"/> Évitaient un objet | <input type="checkbox"/> Dépassait un véhicule |
| <input type="checkbox"/> Ralentissait ou s'apprêtait à arrêter | <input type="checkbox"/> Était à l'arrêt dans la circulation | |
| <input type="checkbox"/> Démarrait depuis un stationnement | <input type="checkbox"/> S'insérait dans le flot de circulation | |
| <input type="checkbox"/> Démarrait dans la circulation | <input type="checkbox"/> Autre _____ | |

Conditions routières et météorologiques :

- | | | | |
|---|---|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dégagé | <input type="checkbox"/> Nuageux | <input type="checkbox"/> Pluie | <input type="checkbox"/> Neige |
| <input type="checkbox"/> Grêle/giboulée | <input type="checkbox"/> Brouillard/fumée | <input type="checkbox"/> Autre _____ | |

Conditions lumineuses :

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Jour | <input type="checkbox"/> Nuit | <input type="checkbox"/> Aube/brunante |
|-------------------------------|-------------------------------|--|

État de la chaussée :

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sèche | <input type="checkbox"/> Humide | <input type="checkbox"/> Glacée | <input type="checkbox"/> Recouverte de neige/gadoue |
| <input type="checkbox"/> Boueuse | <input type="checkbox"/> Autre _____ | | |

Circulation :

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Faible | <input type="checkbox"/> Modéré | <input type="checkbox"/> Dense |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

Signalisation présente :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Croisement avec 4 panneaux ARRÊT | <input type="checkbox"/> Croisement avec 4 feux de signalisation | <input type="checkbox"/> Panneaux ARRÊT côtés nord et sud |
| <input type="checkbox"/> Panneaux ARRÊT côtés est et ouest | <input type="checkbox"/> Feux de signalisation côtés nord et sud | <input type="checkbox"/> Feux de signalisation côtés est et ouest |
| <input type="checkbox"/> Panneau « Cédez le passage » | <input type="checkbox"/> Aucune signalisation routière | <input type="checkbox"/> Zone de travaux |
| <input type="checkbox"/> Autre _____ | | |

L'accident

Détails de l'accident

Route :

- Droite/sans pente Droite/en pente Droite/haut de colline
 Courbe/sans pente Courbe/en pente Courbe/haut de colline
 Autre _____

Que s'est-il passé? (dans vos propres mots, décrivez ce qu'il s'est passé et n'hésitez pas à indiquer toutes les précisions qui vous semblent pertinentes).



L'accident

Utilisez cet encadré pour faire un croquis de l'accident.

Représentez la scène de l'accident en dessinant la rue, l'intersection, les panneaux de signalisation et chaque véhicule au moment de la collision. Dans votre croquis, utilisez les symboles suivants pour indiquer :

Votre véhicule $\overset{A}{\rightarrow}$

Autres véhicules $\overset{V1}{\rightarrow}$

$\overset{V2}{\rightarrow}$



Déclarations des témoins

Témoïn n° 1

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Où vous trouviez-vous au moment de la collision? _____

Avez-vous été témoin de l'accident?

Oui Non

Étiez-vous passager de l'un des véhicules impliqués dans l'accident?

Oui Non

Êtes-vous impliqué dans l'accident en tant que piéton?

Oui Non

Autres précisions : _____



Déclarations des témoins

Témoïn n° 2

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Où vous trouviez-vous au moment de la collision? _____

Avez-vous été témoin de l'accident?

Oui

Non

Étiez-vous passager de l'un des véhicules impliqués dans l'accident?

Oui

Non

Êtes-vous impliqué dans l'accident en tant que piéton?

Oui

Non

Autres précisions : _____

Renseignements sur la police

A-t-on signalé l'accident à la police?

Oui

Non

Rapport n° : _____

Nom du policier n° 1 : _____

N° de matricule : _____

Nom du policier n° 2 : _____

N° de matricule : _____

N° du poste de police/division : _____

Autres précisions. Indiquez toute autre information pertinente sur l'accident.



Présentez une réclamation

Nous vous encourageons à communiquer avec votre courtier pour qu'il vous aide à déclarer votre sinistre et à protéger votre entreprise contre d'autres pertes. Pour présenter votre réclamation en ligne, rendez-vous sur le site [souveraineassurance.ca/fr/claims](https://www.souveraineassurance.ca/fr/claims).

*Si votre réclamation est urgente et que nos bureaux sont fermés, appelez le 1-833-376-8436.



**Pour en savoir plus, consultez le site [souveraineassurance.ca](https://www.souveraineassurance.ca)
ou communiquez avec votre courtier.**

© 2019 La Souveraine, Compagnie d'assurance générale. Un membre du groupe de sociétés Co-operators.
Souveraine^{MD} est une marque déposée de La Souveraine, Compagnie d'assurance générale.
Pour en savoir plus, consultez le [souveraineassurance.ca](https://www.souveraineassurance.ca) ou composez sans frais le 1-800-661-1652.