

## Rapport de collision du conducteur : camionnage

### Ce rapport doit être rempli sur les lieux de la collision par le conducteur.

Le présent rapport de collision du conducteur est réservé à votre usage personnel. Après toute collision ou tout sinistre, avisez votre employeur et demandez-lui de communiquer avec votre assureur.

### Étapes à suivre en cas de collision

1. Restez sur les lieux. Allumez les feux de détresse et déployez des fusées lumineuses ou des triangles réfléchissants.
2. Cernez les dangers immédiats, comme les déversements d'essence.
3. Assurez-vous qu'on porte secours aux blessés. Faites appel aux services ambulanciers, si nécessaire.
4. Appelez la police.
5. Avisez votre employeur, et demandez-lui de communiquer avec votre assureur immédiatement.
6. Remplissez ce rapport sur les lieux de la collision.
7. Si possible, prenez des photos des lieux en évitant d'y inclure les blessés.
8. Ne discutez pas des détails de la collision, sauf avec les policiers ou votre représentant en assurance.
9. Envoyez ce rapport à votre superviseur dès que possible. Ne fournissez pas ce document ou une copie de celui-ci à d'autres personnes.

### Renseignements sur le conducteur

Nom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone : \_\_\_\_\_ N° de permis de conduire : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_  
Province de délivrance : \_\_\_\_\_

### Renseignements sur le propriétaire

Nom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone : \_\_\_\_\_ N° de police : \_\_\_\_\_  
CNS/N° dossier d'immatriculation UVU : \_\_\_\_\_

### Renseignements sur le véhicule

Décrivez le véhicule motorisé ou le véhicule tracteur que vous conduisiez :

Année : \_\_\_\_\_ Marque : \_\_\_\_\_ Couleur : \_\_\_\_\_  
NIV : \_\_\_\_\_ N° de véhicule motorisé : \_\_\_\_\_

Décrivez le type de remorque(s) que vous tiriez :

Année : \_\_\_\_\_ Marque : \_\_\_\_\_ NIV : \_\_\_\_\_  
Nombre de remorques : \_\_\_\_\_

# Rapport de collision du conducteur : camionnage

---

## Renseignements sur les pertes de marchandises

---

Les marchandises ont-elles été endommagées?  Oui  Non

Valeur estimée des dommages : \_\_\_\_\_ \$ Décrivez les dommages causés aux marchandises : \_\_\_\_\_

---

---

## Renseignements sur la collision

---

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Nombre de véhicules impliqués : \_\_\_\_\_

Nom de la rue ou de l'intersection où la collision est survenue : \_\_\_\_\_

---

---

Ville : \_\_\_\_\_ Province/État : \_\_\_\_\_ Points de repère : \_\_\_\_\_

---

---

Dans quelle direction rouliez-vous? \_\_\_\_\_

Tout juste avant la collision, à quelle vitesse rouliez-vous? \_\_\_\_\_ km/h \_\_\_\_\_ mi/h

Vos phares étaient-ils allumés au moment de la collision?  Oui  Non

Dans quelle voie rouliez-vous? (la voie la plus près de l'accotement étant la « voie 1 ») \_\_\_\_\_

Combien de voies y a-t-il dans la même direction? \_\_\_\_\_

Des signaux d'avertissement ont-ils été donnés avant la collision?  Oui  Non

Si oui, lesquels, et par qui? \_\_\_\_\_

---

---

## Conditions routières et météorologiques

---

Décrivez les conditions de la route en cochant un ou plusieurs des éléments suivants :

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Route rectiligne     | <input type="checkbox"/> Pente (_____ %)           | <input type="checkbox"/> Collines          | <input type="checkbox"/> Chaussée mouillée |
| <input type="checkbox"/> Chaussée plane       | <input type="checkbox"/> Terrain vallonné          | <input type="checkbox"/> Chaussée séparée  | <input type="checkbox"/> Chaussée sèche    |
| <input type="checkbox"/> Courbe               | <input type="checkbox"/> Débris/construction       | <input type="checkbox"/> Chaussée huileuse | <input type="checkbox"/> Chaussée glacée   |
| <input type="checkbox"/> Voies délimitées     | <input type="checkbox"/> Nids-de-poule             | <input type="checkbox"/> Chaussée enneigée | <input type="checkbox"/> Chaussée boueuse  |
| <input type="checkbox"/> Voies non délimitées | <input type="checkbox"/> Autres (décrivez) : _____ |  |  |
- 
-



# Rapport de collision du conducteur : camionnage

---

## Cochez tous les mouvements effectués par les autres véhicules impliqués :

- Véhicule 1**
- |  |  |  |                                    |  |
|--|--|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Conduite en ligne droite          | <input type="checkbox"/> Virage à droite                     | <input type="checkbox"/> Virage à gauche                   | <input type="checkbox"/> Demi-tour | <input type="checkbox"/> Immobilisé ou stationné |
| <input type="checkbox"/> Marche arrière                    | <input type="checkbox"/> Mise en portefeuille d'une remorque | <input type="checkbox"/> Dépassement par la voie de droite |                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Dépassement par la voie de gauche | <input type="checkbox"/> Conduite en zigzag                  | <input type="checkbox"/> Dérapage                          |                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Du mauvais côté de la route       | <input type="checkbox"/> Autre (décrivez) :                  |  |                                    |  |
- 

- Véhicule 2**
- |  |  |  |                                    |  |
|--|--|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Conduite en ligne droite          | <input type="checkbox"/> Virage à droite                     | <input type="checkbox"/> Virage à gauche                   | <input type="checkbox"/> Demi-tour | <input type="checkbox"/> Immobilisé ou stationné |
| <input type="checkbox"/> Marche arrière                    | <input type="checkbox"/> Mise en portefeuille d'une remorque | <input type="checkbox"/> Dépassement par la voie de droite |                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Dépassement par la voie de gauche | <input type="checkbox"/> Conduite en zigzag                  | <input type="checkbox"/> Dérapage                          |                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Du mauvais côté de la route       | <input type="checkbox"/> Autre (décrivez) :                  |  |                                    |  |
- 

- Véhicule 3**
- |  |  |  |                                    |  |
|--|--|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Conduite en ligne droite          | <input type="checkbox"/> Virage à droite                     | <input type="checkbox"/> Virage à gauche                   | <input type="checkbox"/> Demi-tour | <input type="checkbox"/> Immobilisé ou stationné |
| <input type="checkbox"/> Marche arrière                    | <input type="checkbox"/> Mise en portefeuille d'une remorque | <input type="checkbox"/> Dépassement par la voie de droite |                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Dépassement par la voie de gauche | <input type="checkbox"/> Conduite en zigzag                  | <input type="checkbox"/> Dérapage                          |                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Du mauvais côté de la route       | <input type="checkbox"/> Autre (décrivez) :                  |  |                                    |  |
- 

- Véhicule 4**
- |  |  |  |                                    |  |
|--|--|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Conduite en ligne droite          | <input type="checkbox"/> Virage à droite                     | <input type="checkbox"/> Virage à gauche                   | <input type="checkbox"/> Demi-tour | <input type="checkbox"/> Immobilisé ou stationné |
| <input type="checkbox"/> Marche arrière                    | <input type="checkbox"/> Mise en portefeuille d'une remorque | <input type="checkbox"/> Dépassement par la voie de droite |                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Dépassement par la voie de gauche | <input type="checkbox"/> Conduite en zigzag                  | <input type="checkbox"/> Dérapage                          |                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Du mauvais côté de la route       | <input type="checkbox"/> Autre (décrivez) :                  |  |                                    |  |
- 

- Véhicule 5**
- |  |  |  |                                    |  |
|--|--|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Conduite en ligne droite          | <input type="checkbox"/> Virage à droite                     | <input type="checkbox"/> Virage à gauche                   | <input type="checkbox"/> Demi-tour | <input type="checkbox"/> Immobilisé ou stationné |
| <input type="checkbox"/> Marche arrière                    | <input type="checkbox"/> Mise en portefeuille d'une remorque | <input type="checkbox"/> Dépassement par la voie de droite |                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Dépassement par la voie de gauche | <input type="checkbox"/> Conduite en zigzag                  | <input type="checkbox"/> Dérapage                          |                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Du mauvais côté de la route       | <input type="checkbox"/> Autre (décrivez) :                  |  |                                    |  |
- 
-

# Rapport de collision du conducteur : camionnage

---

## Renseignements sur les témoins

Veillez indiquer le numéro de plaque d'immatriculation des véhicules sur les lieux de la collision (non impliqués dans l'accident) et dont les conducteurs pourraient agir à titre de témoins :

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
Province/État : \_\_\_\_\_ Province/État : \_\_\_\_\_ Province/État : \_\_\_\_\_

## Renseignements sur le tiers et son véhicule – véhicule 1

Année : \_\_\_\_\_ Marque : \_\_\_\_\_ Couleur : \_\_\_\_\_  
N° de plaque d'immatriculation : \_\_\_\_\_ Nom du conducteur : \_\_\_\_\_  
Adresse du conducteur : \_\_\_\_\_ N° de téléphone du conducteur : \_\_\_\_\_  
N° de permis de conduire : \_\_\_\_\_ Province/État de délivrance : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_  
NIV du véhicule : \_\_\_\_\_ NIV de la remorque : \_\_\_\_\_  
N° de véhicule motorisé : \_\_\_\_\_ Nombre de remorques : \_\_\_\_\_  
Nom du propriétaire/de l'employeur : \_\_\_\_\_  
Adresse du propriétaire/de l'employeur : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone du propriétaire/de l'employeur : \_\_\_\_\_ Nombre de personnes dans le véhicule : \_\_\_\_\_  
Y a-t-il des blessés?  Oui  Non  Le conducteur  Un passager  
Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_ N° de police : \_\_\_\_\_

## Renseignements sur le tiers et son véhicule – véhicule 2

Année : \_\_\_\_\_ Marque : \_\_\_\_\_ Couleur : \_\_\_\_\_  
N° de plaque d'immatriculation : \_\_\_\_\_ Nom du conducteur : \_\_\_\_\_  
Adresse du conducteur : \_\_\_\_\_ N° de téléphone du conducteur : \_\_\_\_\_  
N° de permis de conduire : \_\_\_\_\_ Province/État de délivrance : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_  
NIV du véhicule : \_\_\_\_\_ NIV de la remorque : \_\_\_\_\_  
N° de véhicule motorisé : \_\_\_\_\_ Nombre de remorques : \_\_\_\_\_  
Nom du propriétaire/de l'employeur : \_\_\_\_\_  
Adresse du propriétaire/de l'employeur : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone du propriétaire/de l'employeur : \_\_\_\_\_ Nombre de personnes dans le véhicule : \_\_\_\_\_  
Y a-t-il des blessés?  Oui  Non  Le conducteur  Un passager  
Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_ N° de police : \_\_\_\_\_

---

