



Avec vous,  
au cœur de votre sécurité

\_\_\_\_\_  
Numéro de réclamation

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom de la personne accidentée

### Section 1 - Attestation de la personne accidentée

► Signature obligatoire

Je certifie que les renseignements ci-dessous sont vrais et complets. J'accepte de verser à la personne qui fournit l'aide toute somme supplémentaire reçue à la suite de l'indexation effectuée le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année et d'aviser la Société de tout changement de situation.

**X**

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne accidentée majeure ou du représentant  
ou de la représentante de la personne accidentée

\_\_\_\_\_  
Date (Année-Mois-Jour)

### Section 2 - Autorisation de paiement à la personne qui fournit l'aide

(Remplissez cette section si vous désirez que le paiement soit versé directement à la personne qui fournit l'aide.)

► Signature obligatoire

Je désire que le paiement des frais soit versé directement à la personne qui fournit l'aide.

**X**

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne accidentée majeure ou du représentant  
ou de la représentante de la personne accidentée

\_\_\_\_\_  
Date (Année-Mois-Jour)

### Section 3 - Attestation de la personne qui fournit l'aide

(Remplissez aussi la section 4 s'il y a plus d'une période ou si une deuxième personne fournit de l'aide.)

► Signature obligatoire

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Code postal

Je déclare que j'ai reçu ou que je recevrai une somme de \_\_\_\_\_ \$  
par semaine pour l'aide fournie à la personne accidentée pendant la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Date (Année-Mois-Jour) Date (Année-Mois-Jour)

**X**

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne qui fournit l'aide

\_\_\_\_\_  
Téléphone

\_\_\_\_\_  
Date (Année-Mois-Jour)

### Section 4 - Attestation de la personne qui fournit l'aide

(Remplissez cette section s'il y a plus d'une période ou si une deuxième personne fournit de l'aide.)

► Signature obligatoire

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Code postal

Je déclare que j'ai reçu ou que je recevrai une somme de \_\_\_\_\_ \$  
par semaine pour l'aide fournie à la personne accidentée pendant la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Date (Année-Mois-Jour) Date (Année-Mois-Jour)

**X**

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne qui fournit l'aide

\_\_\_\_\_  
Téléphone

\_\_\_\_\_  
Date (Année-Mois-Jour)

#### Renseignements personnels

La Société ne recueille que les renseignements personnels qui sont indispensables à l'exercice de ses attributions et à l'application des lois dont elle a la responsabilité en tout ou en partie. Son personnel autorisé traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils peuvent être communiqués à ses mandataires et à certains ministères et organismes, y compris ceux situés à l'extérieur du Québec, le tout conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Ils peuvent aussi servir aux fins de production de statistiques, d'étude, de sondage, d'enquête ou de vérification. Omettre de les fournir peut entraîner un refus du service demandé. Vous pouvez consulter les renseignements personnels vous concernant, en obtenir une copie ou les faire corriger.

Pour plus d'information, consultez la Politique de confidentialité de la Société à [saaq.gouv.qc.ca/confidentialite](http://saaq.gouv.qc.ca/confidentialite) ou téléphonez au Centre des relations avec la clientèle de la Société.

#### TROIS FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT :

**Service en ligne Remboursement de frais et envoi de documents :** [saaq.gouv.qc.ca/envoiodocuments](http://saaq.gouv.qc.ca/envoiodocuments)

**Télécopieur :** 1 866 289-7952

**Poste :** Société de l'assurance automobile du Québec  
Case postale 2500, succursale Terminus  
Québec (Québec) G1K 8A2

**Conservez l'original ou une copie pour vos dossiers.**



## Type d'aide admissible

---

La Société peut rembourser des frais engagés pour l'obtention d'aide personnelle à domicile si, en raison d'un accident, la personne accidentée est incapable de prendre soin d'elle-même ou d'effectuer sans aide les activités essentielles de la vie quotidienne (par exemple, préparer les repas, s'habiller, se laver).

## Indexation du montant

---

Le montant d'aide personnelle est revalorisé le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en fonction de l'indice des prix à la consommation.

## Signalement des changements

---

Il est important de nous communiquer rapidement tout changement de situation. En effet, certains changements peuvent modifier les besoins d'aide à domicile ou le montant des frais admissibles. Voici quelques exemples de changements à signaler :

- une hospitalisation;
- un déménagement;
- une évolution de l'état de santé;
- un changement de la situation familiale;
- le remplacement de la personne qui fournit l'aide.

## Vérification possible

---

Les renseignements fournis dans ce formulaire sont sujets à vérification par la Société ou par tout autre organisme gouvernemental. Les sommes reçues par la personne qui fournit l'aide peuvent constituer un revenu imposable.

## Pour nous joindre

---

Pour plus de renseignements, vous pouvez communiquer avec nous du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30, au numéro suivant : 1 800 463-6890.

Vous pouvez vous procurer un autre exemplaire de ce formulaire en visitant la section « Formulaires électroniques » de notre site Web ([saaq.gouv.qc.ca](http://saaq.gouv.qc.ca)) ou en nous téléphonant à l'un des numéros ci-dessus.