



Avec vous,  
au cœur de votre sécurité

Numéro de réclamation

**Section à remplir par la personne accidentée**

Section A

Nom de famille à la naissance

Date de l'accident ou de la rechute, selon le cas  
Année Mois Jour

Prénom

Adresse  
Numéro Rue

Appartement

Case postale Ville, village ou municipalité

Province ou État

Pays

Code postal

**Section B – AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS**

J'autorise l'établissement d'enseignement ci-dessous et la Société de l'assurance automobile du Québec à s'échanger par téléphone ou par écrit les renseignements nécessaires à la détermination de mon droit à une indemnité. Cette autorisation est valide jusqu'à la fin du traitement de mon dossier d'indemnisation, sauf si elle est annulée par écrit.

Signature

Année Mois Jour

**Section à remplir par l'établissement d'enseignement**

Section C

Nom de l'établissement d'enseignement

**Au moment de l'accident ou de la rechute**

- La personne accidentée était-elle **inscrite** dans un programme d'études à **temps plein**<sup>1</sup> dans votre établissement ?  Oui  Non
- **Si vous avez répondu non**, veuillez vous rendre à la section E du formulaire.
- Était-elle **admise** dans un programme d'études à **temps plein**<sup>1</sup> dans votre établissement ?  Oui  Non
- **Si vous avez répondu non**, quelles sont les conditions à remplir pour finaliser l'admission ?

1. **Temps plein** : Cette notion fait référence au statut d'étudiant régulier ou d'étudiant à temps complet prévu au règlement encadrant les études de votre établissement. Sont exclus les étudiantes et étudiants réputés réguliers ou à temps complet aux fins du financement de l'établissement ou de l'obtention d'un prêt ou d'une bourse.

Section D

Nom du programme

L'inscription à ce programme a-t-elle été faite dans le cadre de mesures actives d'Emploi-Québec ou de Service Canada ?  Oui  Non

**Niveau de scolarité en cours**

- Secondaire  1  2  3  4  5  Régulier  Formation professionnelle (DEP)  Formation générale aux adultes
- Collégial  1  2  3  AEC Universitaire  1<sup>er</sup> cycle  2<sup>e</sup> cycle  3<sup>e</sup> cycle Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

Avant l'accident ou la rechute, quelle était la **date prévue** de la fin des études à ce programme<sup>2</sup> ? A A A A M M J J

Est-ce que les études de la personne ont été interrompues à la suite de l'accident ou de la rechute ?  Oui  Non

► Si oui, veuillez indiquer la date de début et la date de fin réelle, si connue. Du A A A A M M J J au A A A A M M J J

► En cas d'abandon, veuillez indiquer la date et la cause de l'abandon. A A A A M M J J

2. **Date prévue de la fin des études à ce programme** si la personne n'avait pas eu d'accident ou de rechute et qu'elle avait poursuivi son programme de façon régulière.

**Section E – DÉCLARATION**

Je déclare que les informations contenues dans le présent formulaire concernant la personne nommée ci-dessus sont conformes au règlement encadrant les études dans notre établissement.

Signature de la personne autorisée

Année Mois Jour

Nom de la personne autorisée (en caractères d'imprimerie)

Fonction

Téléphone

Poste

**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 Envoi de documents et remboursement de frais pour les intervenants externes :  
[saaq.gouv.qc.ca/documentsintervenants](http://saaq.gouv.qc.ca/documentsintervenants)

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.