



Avec vous,  
au cœur de votre sécurité

Numéro de réclamation

À remplir par la personne accidentée ou son représentant ou sa représentante

Nom de famille à la naissance

Prénom

Adresse

Code postal

Date de l'accident (Année-Mois-Jour)

Date de la cessation des études à la suite de l'accident (Année-Mois-Jour)

Y a-t-il eu retour aux études depuis l'accident ?

Oui

Non

Date réelle ou prévue du retour aux études (Année-Mois-Jour)

Cochez la case correspondant à l'ordre d'enseignement et cochez l'année scolaire en cours au moment de l'accident :

Primaire

1

2

3

4

5

6

7

Collégial

1

2

3

Autre (précisez) :

Secondaire

1

2

3

4

5

Universitaire

1<sup>er</sup> cycle

2<sup>e</sup> cycle

3<sup>e</sup> cycle

Précisez le programme auquel la personne accidentée était admise au moment de l'accident :

Date prévue, au moment de l'accident, pour la fin des études à ce programme (Année-Mois-Jour)

Veuillez nous faire parvenir une copie du dernier bulletin précédant l'accident, si ce n'est pas déjà fait, ainsi qu'une copie du bulletin de la dernière session ou année manquée.

Déclaration de l'établissement d'enseignement

Nom de l'établissement d'enseignement

Adresse

Code postal

La personne accidentée a-t-elle manqué une session ou une année scolaire ?

Oui

Non

Session ou année scolaire manquée

Date du début (Année-Mois-Jour)

Date de la fin (Année-Mois-Jour)

Cochez la case correspondant à l'ordre d'enseignement et cochez l'année scolaire manquée :

Primaire

1

2

3

4

5

6

7

Collégial

1

2

3

Nombre de cours inscrits :

Nombre de cours manqués :

Secondaire

1

2

3

4

5

Universitaire

1<sup>er</sup> cycle

2<sup>e</sup> cycle

3<sup>e</sup> cycle

Nombre de cours inscrits :

Nombre de cours manqués :

Autre (précisez) :

Je certifie que tous les renseignements ci-dessus sont vrais.

Signature de la personne autorisée

Date (Année-Mois-Jour)

Titre

Téléphone

Après vérification et signature, l'établissement doit retourner ce document directement à la Société.

**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.**

Société de l'assurance automobile du Québec

4921 30 (2024-07)

CE