



Avec vous,
au cœur de votre sécurité

Numéro de réclamation

Renseignements sur l'étudiant ou l'étudiante

Vous devez remplir cette section.

Nom de famille de l'étudiant ou de l'étudiante (personne accidentée ou personne à charge)

Prénom

Adresse
Numéro Rue

Appartement

Case postale Ville, village ou municipalité

Province/État

Pays

Code postal

Nom de famille à la naissance de la personne accidentée

Prénom

Date de l'accident
Année Mois Jour

Études

Vous devez faire remplir cette section par l'établissement d'enseignement.

Nom de l'établissement d'enseignement

Adresse
Numéro Rue

Case postale Ville, village ou municipalité

Province/État

Pays

Code postal

Encerclez le niveau de scolarité en cours ou le niveau auquel l'étudiant(e) était admis(e) au moment de l'accident.

Secondaire 1 2 3 4 5

Universitaire 1^{er} cycle 2^{de} cycle 3^{de} cycle

Collégial 1 2 3

Déclaration

L'étudiant(e) est-il(elle) admis(e) dans votre établissement d'enseignement ? Oui

Non

Si oui, dans quel programme ?

- À temps plein
- À temps partiel

Date de début Date de fin
Année Mois Jour Année Mois Jour

Pour quelle période ?

Date
Année Mois Jour

Nombre de cours par semaine : _____ Nombre d'heures de cours par semaine : _____

Signature de la personne autorisée

X

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

Titre ou fonction

Téléphone

Poste

Sceau de l'établissement

Déclaration		
L'étudiant(e) est-il(elle) admis(e) dans votre établissement d'enseignement ? <input type="checkbox"/> Oui		
<input type="checkbox"/> Non		
Si oui, dans quel programme ?		
<input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À temps partiel		
Date de début Date de fin Année Mois Jour Année Mois Jour		
Pour quelle période ?		
Nombre de cours par semaine : _____ Nombre d'heures de cours par semaine : _____		
Signature de la personne autorisée		
X Nom de la personne autorisée (en caractères d'imprimerie)		
Titre ou fonction	Téléphone	Poste



TROIS FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT : Service en ligne Remboursement de frais et envoi de documents: saaq.gouv.qc.ca/envoidocuments

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.

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 ou téléphonez au Centre de relations avec la clientèle de la Société.