

Avec vous,
au cœur de votre sécurité

Numéro de réclamation

Page

1/9

Renseignements sur la personne accidentée

1	Numéro de permis de conduire du Québec		Numéro d'assurance sociale		Numéro d'assurance maladie		
	Nom de famille à la naissance				Sexe		
	Prénom				<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		
	Nom de famille actuel s'il diffère du nom à la naissance				Date de naissance		
	État civil au moment de l'accident				Langue de correspondance		
		<input type="checkbox"/> Marié(e) ou uni(e) civilement		<input type="checkbox"/> En union de fait		<input type="checkbox"/> Veuf (veuve) <input type="checkbox"/> Séparé(e) légalement	
		<input type="checkbox"/> Célibataire		<input type="checkbox"/> Divorcé(e)		<input type="checkbox"/> Séparé(e) de fait	
				<input type="checkbox"/> Français		<input type="checkbox"/> Anglais	

Adresse de la personne accidentée

2	Numéro		Rue		Appartement		Case postale	
	Ville, village ou municipalité				Province/État			
	Pays				Code postal			
	Téléphone (principal)		Poste		Téléphone (secondaire)		Poste	

Accident

3	Date et heure de l'accident				Dans cet accident, la personne accidentée était :																			
	Année		Mois		Jour		Heure		Minute		<input type="checkbox"/> AM		<input type="checkbox"/> PM		<input type="checkbox"/> Conducteur(-trice)		<input type="checkbox"/> Passager(-ère)		<input type="checkbox"/> Piéton(ne)		<input type="checkbox"/> Cycliste			
	Type de véhicule occupé																							
	<input type="checkbox"/> Automobile, 4 X 4, VUS, minifourgonnette		<input type="checkbox"/> Camion		<input type="checkbox"/> Motocyclette		<input type="checkbox"/> Autre, précisez :		<input type="checkbox"/> Autobus		<input type="checkbox"/> Cyclomoteur													
	Numéro de plaque d'immatriculation du véhicule occupé						Province, État ou pays où le véhicule occupé a été immatriculé																	
Lieu de l'accident (ville, village ou municipalité)												À l'extérieur du Québec, indiquez la province, l'État ou le pays												
Un véhicule immatriculé à l'extérieur du Québec a-t-il été impliqué dans l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas																								
4	Veuillez décrire brièvement les faits entourant l'accident.																							
5	Un rapport d'accident a-t-il été rédigé par un policier?												Numéro du rapport (s'il est connu)						Si l'accident est survenu à l'extérieur du Québec, joignez une copie du rapport d'accident si vous l'avez en votre possession.					
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas																							
6	L'accident d'automobile est-il survenu :																							
	• dans le cadre du travail?						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																	
	• lors d'une infraction criminelle?						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																	
	• en portant secours à une personne en détresse?						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																	

TROIS FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT : Service en ligne Remboursement de frais et envoi

de documents : 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.

**Conjoint ou conjointe* de la personne accidentée****11 * Les conjoints ou conjointes peuvent être de sexe différent ou de même sexe.**

Au moment du décès, la personne accidentée avait-elle un(e) conjoint(e)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶ Passez à la section 13.		Était-elle : <input type="checkbox"/> Légalement mariée (joignez une copie du certificat de mariage) ou unie civilement <input type="checkbox"/> En union de fait		Année	Mois
De cette union : <ul style="list-style-type: none"> un enfant était-il né? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non un enfant allait-il naître? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non un enfant avait-il été adopté par la personne accidentée et son conjoint ou sa conjointe? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non des conjoints avait-il adopté un enfant de l'autre? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 		Si oui , joignez une copie du jugement d'adoption.		Depuis le :	
La personne accidentée et son conjoint ou sa conjointe demeuraient-ils à la même adresse au moment de l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si non , ce conjoint ou cette conjointe demeurait à l'adresse ci-dessous depuis le :			
Adresse Numéro Rue		Appartement		Case postale	
Ville, village ou municipalité			Province/État		
Pays			Code postal		
Téléphone (principal) Poste		Téléphone (secondaire) Poste		Téléphone (autre)	

12 Ce (cette) conjoint(e) est-il(elle) invalide? Oui Non Si **oui**, joignez une copie du rapport médical attestant l'invalidité du conjoint ou de la conjointe si la personne accidentée avait moins de 45 ans.

Ex-conjoint ou ex-conjointe* de la personne accidentée**13 * Les ex-conjoints ou ex-conjointes peuvent être de sexe différent ou de même sexe.**

Au moment du décès, la personne accidentée avait-elle un ex-conjoint ou une ex-conjointe? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶ Joignez une copie des documents officiels de séparation et de divorce.		<input type="checkbox"/> Non ▶ Passez à la section 15.			
Au moment du décès, la personne accidentée devait-elle verser, en vertu d'un jugement ou d'une convention, une pension alimentaire à son ex-conjoint ou ex-conjointe (à l'exclusion de la pension versée pour les enfants)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui , joignez une copie des documents officiels attestant le montant de la pension.			
Nom de l'ex-conjoint ou de l'ex-conjointe à la naissance		Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin			
Prénom		Date de naissance Année Mois Jour			
Adresse Numéro Rue		Appartement		Case postale	
Ville, village ou municipalité			Province/État		
Pays			Code postal		
Téléphone (principal) Poste		Téléphone (secondaire) Poste		Téléphone (autre)	

14 Ce (cette) ex-conjoint(e) est-il(elle) invalide? Oui Non Si **oui**, joignez une copie du rapport médical attestant l'invalidité de l'ex-conjoint ou de l'ex-conjointe.



Personnes à charge

15 Au moment de l'accident, la personne accidentée avait-elle des personnes à charge? Oui Non ► Si non, passez à la section 16.

Pour chaque enfant ou autre personne qui était à la charge de la personne accidentée, veuillez fournir les renseignements demandés et joindre une copie du certificat de naissance délivré par le Directeur de l'état civil et sur lequel figurent les noms de la mère, du père ou du parent.

1. Nom		Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Date de naissance Année Mois Jour			
Prénom		Numéro d'assurance maladie					
Lien avec la personne accidentée <input type="checkbox"/> Enfant biologique <input type="checkbox"/> Enfant du (de la) conjoint(e) <input type="checkbox"/> Autre, précisez :							
Niveau de scolarité en cours <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire ► <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire ► Faire remplir le formulaire F4 D Attestation de fréquentation scolaire pour les personnes à charge de 18 ans ou plus.							
Revenu brut annuel d'emploi et revenus provenant des prestations d'assistance sociale, d'assurance-emploi, etc. \$							
La personne accidentée : • prenait-elle soin de cette personne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • avait-elle la charge financière de cette personne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
Cette personne à charge : • est-elle invalide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ► Si oui , joignez une copie du rapport médical attestant l'invalidité. • habitait-elle avec la personne accidentée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ► Si non , inscrivez l'adresse ci-dessous.							
Adresse Numéro Rue		Appartement		Case postale			
Ville, village ou municipalité				Province/État			
Pays				Code postal			
2. Nom		Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Date de naissance Année Mois Jour			
Prénom		Numéro d'assurance maladie					
Lien avec la personne accidentée <input type="checkbox"/> Enfant biologique <input type="checkbox"/> Enfant du (de la) conjoint(e) <input type="checkbox"/> Autre, précisez :							
Niveau de scolarité en cours <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire ► <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire ► Faire remplir le formulaire F4 D Attestation de fréquentation scolaire pour les personnes à charge de 18 ans ou plus.							
Revenu brut annuel d'emploi et revenus provenant des prestations d'assistance sociale, d'assurance-emploi, etc. \$							
La personne accidentée : • prenait-elle soin de cette personne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • avait-elle la charge financière de cette personne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
Cette personne à charge : • est-elle invalide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ► Si oui , joignez une copie du rapport médical attestant l'invalidité. • habitait-elle avec la personne accidentée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ► Si non , inscrivez l'adresse ci-dessous.							
Adresse Numéro Rue		Appartement		Case postale			
Ville, village ou municipalité				Province/État			
Pays				Code postal			
3. Nom		Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Date de naissance Année Mois Jour			
Prénom		Numéro d'assurance maladie					
Lien avec la personne accidentée <input type="checkbox"/> Enfant biologique <input type="checkbox"/> Enfant du (de la) conjoint(e) <input type="checkbox"/> Autre, précisez :							
Niveau de scolarité en cours <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire ► <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire ► Faire remplir le formulaire F4 D Attestation de fréquentation scolaire pour les personnes à charge de 18 ans ou plus.							
Revenu brut annuel d'emploi et revenus provenant des prestations d'assistance sociale, d'assurance-emploi, etc. \$							
La personne accidentée : • prenait-elle soin de cette personne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • avait-elle la charge financière de cette personne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
Cette personne à charge : • est-elle invalide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ► Si oui , joignez une copie du rapport médical attestant l'invalidité. • habitait-elle avec la personne accidentée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ► Si non , inscrivez l'adresse ci-dessous.							
Adresse Numéro Rue		Appartement		Case postale			
Ville, village ou municipalité				Province/État			
Pays				Code postal			



Personnes à charge (suite)

15	Nom	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance Année Mois Jour
4.	Prénom	Numéro d'assurance maladie	
Lien avec la personne accidentée <input type="checkbox"/> Enfant biologique <input type="checkbox"/> Enfant du (de la) conjoint(e) <input type="checkbox"/> Autre, précisez :			
Niveau de scolarité en cours <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire ▶ Faire remplir le formulaire F4 D Attestation de fréquentation scolaire pour les personnes à charge de 18 ans ou plus.			
Revenu brut annuel d'emploi et revenus provenant des prestations d'assistance sociale, d'assurance-emploi, etc.			\$
La personne accidentée : • prenait-elle soin de cette personne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • avait-elle la charge financière de cette personne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Cette personne à charge : • est-elle invalide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶ Si oui, joignez une copie du rapport médical attestant l'invalidité. • habitait-elle avec la personne accidentée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶ Si non, inscrivez l'adresse ci-dessous.			
Adresse Numéro Rue		Appartement	Case postale
Ville, village ou municipalité		Province/État	
Pays		Code postal	
5.	Nom	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance Année Mois Jour
	Prénom	Numéro d'assurance maladie	
Lien avec la personne accidentée <input type="checkbox"/> Enfant biologique <input type="checkbox"/> Enfant du (de la) conjoint(e) <input type="checkbox"/> Autre, précisez :			
Niveau de scolarité en cours <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire ▶ Faire remplir le formulaire F4 D Attestation de fréquentation scolaire pour les personnes à charge de 18 ans ou plus.			
Revenu brut annuel d'emploi et revenus provenant des prestations d'assistance sociale, d'assurance-emploi, etc.			\$
La personne accidentée : • prenait-elle soin de cette personne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • avait-elle la charge financière de cette personne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Cette personne à charge : • est-elle invalide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶ Si oui, joignez une copie du rapport médical attestant l'invalidité. • habitait-elle avec la personne accidentée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶ Si non, inscrivez l'adresse ci-dessous.			
Adresse Numéro Rue		Appartement	Case postale
Ville, village ou municipalité		Province/État	
Pays		Code postal	
6.	Nom	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance Année Mois Jour
	Prénom	Numéro d'assurance maladie	
Lien avec la personne accidentée <input type="checkbox"/> Enfant biologique <input type="checkbox"/> Enfant du (de la) conjoint(e) <input type="checkbox"/> Autre, précisez :			
Niveau de scolarité en cours <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire ▶ Faire remplir le formulaire F4 D Attestation de fréquentation scolaire pour les personnes à charge de 18 ans ou plus.			
Revenu brut annuel d'emploi et revenus provenant des prestations d'assistance sociale, d'assurance-emploi, etc.			\$
La personne accidentée : • prenait-elle soin de cette personne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • avait-elle la charge financière de cette personne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Cette personne à charge : • est-elle invalide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶ Si oui, joignez une copie du rapport médical attestant l'invalidité. • habitait-elle avec la personne accidentée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶ Si non, inscrivez l'adresse ci-dessous.			
Adresse Numéro Rue		Appartement	Case postale
Ville, village ou municipalité		Province/État	
Pays		Code postal	

Si il y a d'autres personnes à charge, veuillez fournir pour celles-ci les mêmes renseignements que pour les personnes à charge précédentes. Inscrivez ces renseignements sur une feuille que vous joindrez à ce formulaire. N'oubliez pas d'y inscrire le numéro de réclamation apparaissant en haut de cette page.



Père, mère ou parent de la personne accidentée

Vous devez fournir les renseignements suivants si la personne accidentée n'avait ni conjoint ou conjointe ni personne à charge et qu'elle était âgée de moins de 18 ans. Veuillez joindre une copie du certificat de naissance de la personne accidentée délivré par le Directeur de l'état civil et sur lequel figurent les noms de la mère, du père ou du parent.

16

Renseignements sur le parent*

Sexe Père/mère/parent biologique ou d'adoption

Féminin Personne qui tient lieu de père/mère/parent ▶ depuis le : Année Mois Jour

Masculin Aucune personne ne tient lieu de père/mère/parent

Si le parent biologique est décédé, veuillez indiquer la date du décès et joindre une copie du certificat de décès.

Nom _____

Prénom _____

Cette personne habitait-elle avec la personne accidentée? Oui Non ▶ Inscrivez son adresse ci-dessous.

Adresse Numéro Rue Appartement Case postale

Ville, village ou municipalité Province/État

Pays Code postal

Téléphone (principal) Poste Téléphone (secondaire) Poste Téléphone (autre)

Renseignements sur le parent*

Sexe Père/mère/parent biologique ou d'adoption

Féminin Personne qui tient lieu de père/mère/parent ▶ depuis le : Année Mois Jour

Masculin Aucune personne ne tient lieu de père/mère/parent

Si le parent biologique est décédé, veuillez indiquer la date du décès et joindre une copie du certificat de décès.

Nom _____

Prénom _____

Cette personne habitait-elle avec la personne accidentée? Oui Non ▶ Inscrivez son adresse ci-dessous.

Adresse Numéro Rue Appartement Case postale

Ville, village ou municipalité Province/État

Pays Code postal

Téléphone (principal) Poste Téléphone (secondaire) Poste Téléphone (autre)

Renseignements sur le parent*

Sexe Père/mère/parent biologique ou d'adoption

Féminin Personne qui tient lieu de père/mère/parent ▶ depuis le : Année Mois Jour

Masculin Aucune personne ne tient lieu de père/mère/parent

Si le parent biologique est décédé, veuillez indiquer la date du décès et joindre une copie du certificat de décès.

Nom _____

Prénom _____

Cette personne habitait-elle avec la personne accidentée? Oui Non ▶ Inscrivez son adresse ci-dessous.

Adresse Numéro Rue Appartement Case postale

Ville, village ou municipalité Province/État

Pays Code postal

Téléphone (principal) Poste Téléphone (secondaire) Poste Téléphone (autre)

* Le terme *parent* désigne aussi bien les femmes que les hommes. Les parents peuvent être de sexe différent ou de même sexe.

Si l'un des parents de la personne accidentée est déchu de son autorité parentale, joignez une copie du jugement de déchéance.



Père, mère ou parent de la personne accidentée (suite)

Vous devez fournir les renseignements suivants si la personne accidentée n'avait ni conjoint ou conjointe ni personne à charge et qu'elle était âgée de moins de 18 ans. Veuillez joindre une copie du certificat de naissance de la personne accidentée délivré par le Directeur de l'état civil et sur lequel figurent les noms de la mère, du père ou du parent.

16 Renseignements sur le parent *

Sexe Père/mère/parent biologique ou d'adoption Féminin Masculin Personne qui tient lieu de père/mère/parent depuis le : Aucune personne ne tient lieu de père/mère/parent

Année Mois Jour Année Mois Jour

Nom _____

Prénom _____

Cette personne habitait-elle avec la personne accidentée? Oui Non ▶ Inscrivez son adresse ci-dessous.

Adresse Numéro Rue Appartement Case postale

Ville, village ou municipalité Province/État

Pays Code postal

Téléphone (principal) Poste Téléphone (secondaire) Poste Téléphone (autre)

*Le terme *parent* désigne aussi bien les femmes que les hommes. Les parents peuvent être de sexe différent ou de même sexe.

Si l'un des parents de la personne accidentée est déchu de son autorité parentale, joignez une copie du jugement de déchéance.

Signature de la demande d'indemnité

17 Certification des renseignements Je certifie que les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques et complets. X

Signature du représentant ou de la représentante Date Année Mois Jour

Veillez indiquer à quel titre vous agissez et fournir les renseignements demandés.

Conjoint(e) Père/mère/parent Administrateur(-trice) de la succession Notaire Avocat(e) Autre, précisez :

M. Mme Nom du représentant ou de la représentante Prénom

Adresse si elle est différente de celle de la personne accidentée Numéro Rue Appartement Case postale

Ville, village ou municipalité Province/État

Pays Code postal

Téléphone (principal) Poste Téléphone (secondaire) Poste Téléphone (autre)

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 des relations avec la clientèle de la Société.

Inscription au dépôt direct (Consultez le guide au besoin.)

18 Remplissez cette section seulement si vous désirez vous inscrire au dépôt direct.

Êtes-vous la seule personne titulaire de ce compte? Oui Non

Numéro de la succursale Numéro de l'institution Numéro de compte

Nom de l'institution financière

J'autorise la Société de l'assurance automobile du Québec à déposer directement dans le compte mentionné ci-dessus les sommes qui me seront versées. J'autorise également la Société à communiquer les renseignements essentiels pour ce dépôt à l'institution financière mentionnée ci-dessus.

Signature du ou de la bénéficiaire Date Année Mois Jour

X

N'oubliez pas de joindre un spécimen de chèque portant la mention « ANNULÉ ». N'agrafez pas le chèque à votre demande.



Veillez consulter le guide à la partie 3 pour savoir si vous devez répondre aux questions suivantes.

A Au moment de l'accident, la personne accidentée avait-elle un emploi? Oui Non ► **Si non, passez à la section B.**

Pour chaque emploi, veuillez fournir les renseignements demandés.

Nom de l'employeur de la personne accidentée ou raison sociale de l'entreprise

Téléphone

Date de début d'emploi
Année Mois Jour

Date de fin prévue (s'il y a lieu)
Année Mois Jour

Genre d'emploi

Temps plein Temps partiel Temporaire

Autre, précisez :

Nombre d'heures travaillées par semaine :

Titre de l'emploi

Statut d'emploi

Salarié(e)

► Veuillez faire remplir les formulaires **F2 Attestation de revenu par l'employeur** et **F6 Description d'emploi**.

Autonome

► **Veillez fournir pour les trois dernières années la copie des documents suivants :**

– si la personne accidentée résidait au Québec :

- sa déclaration de revenus provinciale,
- son avis de cotisation,
- le formulaire TP-80 (*Revenus et dépenses d'entreprise ou de profession*)
ou l'état des résultats (revenus et dépenses);

– si la personne accidentée résidait au Canada, mais à l'extérieur du Québec :

- sa déclaration de revenus fédérale,
- son avis de cotisation,
- le formulaire T2125 (*État des résultats des activités d'une entreprise ou d'une profession libérale*)
ou l'état des résultats (revenus et dépenses);

– si la personne accidentée résidait à l'extérieur du Canada :

- tout document officiel attestant le revenu indiqué par le travailleur ou la travailleuse autonome et exigé par les autorités fiscales du pays ou du territoire concerné (équivalant à Revenu Québec ou à l'Agence du revenu du Canada).

Si l'espace est insuffisant, veuillez fournir les renseignements additionnels sur une feuille que vous joindrez à ce formulaire.

N'oubliez pas d'y inscrire le numéro de réclamation apparaissant en haut de cette page.

Si vous devez faire remplir les formulaires F2 et F6, vous pouvez utiliser des photocopies.

B Au moment de l'accident, la personne accidentée :

• était-elle inscrite à un programme scolaire
comme étudiant(e) à temps plein?

Oui

Non

► Si la personne accidentée avait 16 ans ou plus, veuillez faire remplir
le formulaire **F4 D Attestation de fréquentation scolaire**.

• travaillait-elle sans rémunération dans une
entreprise familiale?

Oui

Non

Au moment de l'accident, un employeur avait-il garanti un emploi à la personne accidentée?

Oui

► Nom de l'employeur de la personne accidentée ou raison sociale de l'entreprise

Non

Téléphone

Veillez demander le formulaire *Confirmation d'embauche*.

