

Avec vous,  
au cœur de votre sécurité

Numéro de réclamation

Page

1/4

## Renseignements sur la personne accidentée

<b>1</b>	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				
		Année	Mois			
			Jour			
État civil au moment de l'accident		<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	Langue de correspondance
		<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

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

## Accident

<b>3</b>	Date et heure de l'accident Année Mois Jour	Heure : Minute	<input type="checkbox"/> AM <input checked="" type="checkbox"/> PM	Dans cet accident, vous étiez :				
				<input type="checkbox"/> Conducteur(-trice)	<input type="checkbox"/> Passager(-ère)	<input type="checkbox"/> Piéton(ne)	<input type="checkbox"/> Cycliste	
Type de véhicule occupé					Autre, précisez:			
<input type="checkbox"/> Automobile, 4 X 4, VUS, minifourgonnette					<input type="checkbox"/> Camion	<input type="checkbox"/> Motocyclette	<input type="checkbox"/> Autre,	
					<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 de façon détaillée et complète les faits entourant l'accident. (Si l'espace est insuffisant, joignez une feuille supplémentaire.)

---



---



---



---

<b>5</b>	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' <b>extérieur du Québec</b> , 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	
Un constat amiable a-t-il été rédigé?		<input type="checkbox"/> Oui ( <i>Joignez une copie du constat.</i> )	<input type="checkbox"/> Non
S'il n'y a aucun rapport ou constat, y a-t-il un ou une témoin de l'accident que nous pouvons joindre?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Nom du ou de la témoin

---

Prénom

---

Téléphone

---

<b>6</b>	L'accident d'automobile est-il survenu :		
	<input type="checkbox"/> dans le cadre du travail?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> lors d'une infraction criminelle?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> en portant secours à une personne en détresse?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non



## Blessures

**7** Avez-vous subi des blessures (physiques ou psychologiques) en raison de l'accident?  Oui  Non  
Êtes-vous rétabli ou rétablie?  Oui  Non

Veuillez décrire vos blessures. Si un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS) a rempli un *Rapport initial*, veuillez nous le transmettre.  
(Si l'espace est insuffisant, joignez une feuille supplémentaire.)

**8** Après l'accident, avez-vous consulté :

- un médecin?  
 un autre professionnel de la santé? Précisez

Année      Mois      Jour

## Première consultation médicale

- Je n'ai pas consulté.
  - Je prévois avoir un suivi médical pour mes blessures.  
*(Si vous jugez que vous en avez besoin, consultez sans attendre.)*

**Nom de l'établissement**

### Ville, village ou municipalité

• Les blessures subies lors de l'accident vous ont-elles rendu incapable de vaquer à vos occupations habituelles pendant plus de 7 jours?

- Oui ► Remplissez les annexes des pages 5 à 8. Si ces annexes ne sont pas jointes à votre formulaire, vous pouvez les imprimer à partir du formulaire [Demande d'incapacité pour incapacité de vaquer à ses occupations et pour frais occasionnés par l'accident](#) disponible sur le site Web de la Société ou communiquer avec nous au 1 800 361-7620.

**Les blessures vous ont-elles rendu incapable de prendre soin de vos enfants ou d'une personne invalide?**

- Oui ► Date du début : Année Mois Jour Date prévue de reprise des activités : Année Mois Jour  
 Non de l'incapacité : Année Mois Jour

**Statut de résidence** (Consultez le guide au besoin.)

**10** Au moment de l'accident, étiez-vous propriétaire d'un véhicule immatriculé au Québec?

- Oui ► Numéro de plaque d'immatriculation  
 Non

Au cours des 12 mois précédant l'accident, avez-vous demeuré à l'extérieur du Québec?

- |                              |    |       |      |      |    |       |      |      |
|------------------------------|----|-------|------|------|----|-------|------|------|
| <input type="checkbox"/> Oui | ►  | Année | Mois | Jour | au | Année | Mois | Jour |
| <input type="checkbox"/> Non | Du |       |      |      | au |       |      |      |

Province, État ou pays

Sj ouj :

- Aviez-vous un domicile permanent au Québec pendant ce temps?  Oui ► Ville, village ou municipalité \_\_\_\_\_  
 Non \_\_\_\_\_

• Si vous avez demeuré plus de six mois à l'extérieur du Québec, veuillez indiquer la raison de ce séjour : \_\_\_\_\_

Au moment de l'accident, aviez-vous la citoyenneté canadienne?  Oui  Non ►



## Prestations ou rente d'un autre organisme (Consultez le guide au besoin.)

- 11 Au moment de l'accident, est-ce que vous recevez des prestations ou une rente pleine ou réduite d'un autre organisme (ex. : ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, CNESST, Retraite Québec, etc.)?
- Oui ► Nom de l'organisme  
 Non

## Remboursement des frais\*

- 12 \*Joignez vos factures ou reçus pour tous les frais de remplacement des articles dont vous réclamez le remboursement et inscrivez votre numéro de réclamation sur chaque document.

Dans cet accident, les articles suivants ont-ils été endommagés?

Lunettes prescrites  Verres de contact

Prothèses ou orthèses ► Précisez : \_\_\_\_\_

Vêtements ► Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 13 Cochez la ou les cases correspondant aux types de dépenses que vous avez engagées ou que vous prévoyez engager en raison de l'accident (consultez le guide au besoin) :

Frais de garde  
 Aide personnelle (ménage, repas, hygiène personnelle)  
 Allocation de disponibilité (nécessité d'accompagnement pour des traitements et des visites médicales)  
 Traitements physiques ou psychologiques **prescrits**  
 Autres frais ► Précisez : \_\_\_\_\_

Achat de médicaments ►

**Service de remboursement automatisé des frais de médicaments à la pharmacie**

Dès que l'admissibilité de votre dossier sera établie, vous pourrez recevoir vos médicaments à la pharmacie **sans rien débourser**.  
► Pour ce faire, vous devez avoir inscrit votre numéro d'assurance maladie à la section 1.  
► La Société communiquera avec vous pour vous informer des modalités du service.

- 14 Avez-vous engagé des frais de déplacement, de séjour ou de repas pour recevoir des soins?  Oui  Non ► (*Si non, passez à la section 15.*)

Si oui, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous.

Conservez vos reçus pendant une période de trois ans afin de pouvoir nous les fournir sur demande.

Date du déplacement	Km aller-retour si automobile	Moyen de transport ou stationnement	Montant réclamé (\$)	Frais de séjour ou de repas	Consultation médicale
Année	Mois	Jour		Lieu	Raison

## Signature de la demande d'indemnité

- 15 Note : Si la demande n'est pas signée, nous ne pouvons verser aucune indemnité.

## Certification des renseignements

## Signature de la personne accidentée majeure ou du représentant ou de la représentante de la personne accidentée

Je certifie que les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques et complets.

X

Date  
Année Mois Jour

Si vous avez signé la demande en tant que représentant ou représentante de la personne accidentée, veuillez indiquer à quel titre vous agissez et fournir les renseignements demandés ci-dessous.

Père, mère ou parent d'un enfant mineur  Tuteur ou tutrice (Joignez une copie du jugement.)  Autre, précisez :

M. Nom du représentant ou de la représentante  Prénom  
 Mme

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

**Consentement à la communication et à l'obtention de renseignements médicaux et personnels (Consultez le guide au besoin.)**

**16 Votre consentement est nécessaire pour que la Société de l'assurance automobile du Québec puisse communiquer et obtenir des renseignements personnels et médicaux vous concernant en vue d'étudier votre demande d'indemnité.**

Nom de famille à la naissance de la personne accidentée

Prénom

Nom de famille actuel s'il diffère du nom à la naissance

Numéro d'assurance maladie

**Autorisation de communiquer des renseignements au médecin traitant et à tout autre professionnel de la santé**

Dans l'éventualité où d'autres renseignements seraient nécessaires pour permettre d'établir le droit à une indemnité et le montant de celle-ci, j'autorise la Société, conformément à l'article 83.17 de la *Loi sur l'assurance automobile*, à obtenir ces renseignements auprès des organismes qui les détiennent tels que Retraite Québec, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, la Régie de l'assurance maladie du Québec et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

J'autorise le médecin évaluateur et les autres professionnels de la santé, le conseiller ou la conseillère en services aux accidentés et l'agent ou l'agente d'indemnisation de la Société de l'assurance automobile du Québec à communiquer au besoin des renseignements médicaux me concernant à mon médecin traitant et à tout autre professionnel de la santé. S'il y a lieu, un résumé de la communication verbale sera versé à mon dossier.

Cette autorisation est valide jusqu'à la fin du traitement de la demande d'indemnisation, sauf si elle est annulée par écrit.

**Une photocopie ou une reproduction sur un support électronique de cette autorisation a la même valeur que l'original, en vertu des articles 2840 et 2841 du *Code civil du Québec*.**

**Signature de la personne accidentée majeure ou du représentant ou de la représentante de la personne accidentée**

Date      Année      Mois      Jour

X

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

**17 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

Ces numéros apparaissent au bas de votre chèque. Si vous n'avez pas de chèque, votre institution financière peut vous fournir une preuve équivalente.

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 de la personne accidentée majeure ou du représentant ou de la représentante de la personne accidentée**

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.**

**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 [saag.gouv.qc.ca/confidentialite](http://saag.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 : [saag.gouv.qc.ca/enviordocuments](http://saag.gouv.qc.ca/enviordocuments)

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.*