



Avec vous,
au cœur de votre sécurité

Numéro de réclamation

Page

1/8

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 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Féminin | <input type="checkbox"/> Masculin | | | |
| Prénom | | Date de naissance | | | | |
| | | Année | Mois | | | |
| Nom de famille actuel s'il diffère du nom à la naissance | | 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

| | | | | |
|--------------------------------|--------|------------------------|---------------|--------------|
| 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 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"/> 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.)

(This section contains four horizontal lines for writing the accident details.)

| | | | |
|--|--|--|--|
| 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 checked="" type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas |
| Un constat amiable a-t-il été rédigé? | | <input type="checkbox"/> Oui (Joignez une copie du constat.) | <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 | |
| 6 | L'accident d'automobile est-il survenu : | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 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 | | | |



Blessures

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

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

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 précédent 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 | | | | | | | |

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 ► Citoyenneté

**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 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

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.



Annexe
Situation sociale

Numéro de réclamation

Page

5/8

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| A | Au moment de l'accident, aviez-vous un(e) conjoint(e)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ► (<i>Si non, passez à la section B.</i>) | | Etiez-vous: <input type="checkbox"/> Légalement marié(e) ou uni(e) civilement <input type="checkbox"/> En union de fait <input type="checkbox"/> Depuis le : _____ Année _____ Mois _____ | |
| De cette union : | | Nom du conjoint ou de la conjointe à la naissance | | |
| <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 vous et votre conjoint <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non• un de vous avait-il adopté un enfant de l'autre? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Prénom | | |
| | | Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin Date de naissance Année Mois Jour Numéro d'assurance maladie | | |
| Si oui, joignez une copie du jugement d'adoption. | | | | |
| Votre conjoint ou conjointe et vous demeuriez-vous à la même adresse au moment de l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | |
| Votre conjoint(e) est-il(e) invalide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | |
| B | Au moment de l'accident, aviez-vous un(e) ex-conjoint(e)? ¹ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ► (<i>Si non, passez à la section C.</i>) | | | |
| Au moment de l'accident, versiez-vous ou deviez-vous verser une pension alimentaire en vertu d'un jugement ou d'une convention? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Indiquez le montant annuel : _____ \$ Joignez une copie du document officiel attestant de ce montant. | | | | |
| 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 | | | | |
| 1. Les conjoints ou conjointes ou ex-conjoints ou ex-conjointes peuvent être de sexe différent ou de même sexe. | | | | |
| C | Au moment de l'accident, aviez-vous des personnes à charge? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ► (<i>Si non, passez à la section D.</i>) | | | |
| Pour chaque enfant ou autre personne à votre charge, veuillez fournir les renseignements demandés. | | | | |
| 1. | Nom | | Sexe | Date de naissance Année Mois Jour |
| | Prénom | | Numéro d'assurance maladie | |
| Lien avec vous <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 <input type="checkbox"/> Aucun | | | | |
| Revenu brut annuel d'emploi et revenus provenant des prestations d'assistance sociale, d'assurance-emploi, etc. _____ \$ | | | | |
| Cette personne est-elle invalide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non habite-t-elle avec vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | |
| 2. | Nom | | Sexe | Date de naissance Année Mois Jour |
| | Prénom | | Numéro d'assurance maladie | |
| Lien avec vous <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 <input type="checkbox"/> Aucun | | | | |
| Revenu brut annuel d'emploi et revenus provenant des prestations d'assistance sociale, d'assurance-emploi, etc. _____ \$ | | | | |
| Cette personne est-elle invalide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non habite-t-elle avec vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | |
| 3. | Nom | | Sexe | Date de naissance Année Mois Jour |
| | Prénom | | Numéro d'assurance maladie | |
| Lien avec vous <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 <input type="checkbox"/> Aucun | | | | |
| Revenu brut annuel d'emploi et revenus provenant des prestations d'assistance sociale, d'assurance-emploi, etc. _____ \$ | | | | |
| Cette personne est-elle invalide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non habite-t-elle avec vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | |



C Personnes à charge (suite)

Pour chaque enfant ou autre personne à votre charge, veuillez fournir les renseignements demandés.

| | | | | | |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|-------|------|------|
| 4. Nom | Sexe | Date de naissance | | | |
| | <input type="checkbox"/> Féminin | <input type="checkbox"/> Masculin | Année | Mois | Jour |
| Prénom | Numéro d'assurance maladie | | | | |
| Lien avec vous <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 checked="" type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/> Aucun | | | | | |
| Professionnel | | | | | |
| Revenu brut annuel d'emploi et revenus provenant des prestations d'assistance sociale, d'assurance-emploi, etc. \$ | | | | | |
| Cette personne est-elle invalide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non habite-t-elle avec vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | | |
| 5. Nom | Sexe | Date de naissance | | | |
| | <input type="checkbox"/> Féminin | <input type="checkbox"/> Masculin | Année | Mois | Jour |
| Prénom | Numéro d'assurance maladie | | | | |
| Lien avec vous <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 checked="" type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/> Aucun | | | | | |
| Professionnel | | | | | |
| Revenu brut annuel d'emploi et revenus provenant des prestations d'assistance sociale, d'assurance-emploi, etc. \$ | | | | | |
| Cette personne est-elle invalide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non habite-t-elle avec vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | | |
| 6. Nom | Sexe | Date de naissance | | | |
| | <input type="checkbox"/> Féminin | <input type="checkbox"/> Masculin | Année | Mois | Jour |
| Prénom | Numéro d'assurance maladie | | | | |
| Lien avec vous <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 checked="" type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/> Aucun | | | | | |
| Professionnel | | | | | |
| Revenu brut annuel d'emploi et revenus provenant des prestations d'assistance sociale, d'assurance-emploi, etc. \$ | | | | | |
| Cette personne est-elle invalide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non habite-t-elle avec vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | | |

**S'il y a d'autres personnes à charge, veuillez fournir pour celles-ci les mêmes informations 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.

D Au moment de l'accident, aviez-vous un emploi? Oui Non ► (*Si non, passez à la section E.*)

Pour chaque emploi, veuillez fournir les renseignements demandés.

Nom de l'employeur actuel 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 <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temporaire <input type="checkbox"/> Autre, précisez : | Nombre d'heures travaillées par semaine : |
|---------------------------------|------|------|---|------|------|---|---|

Titre de l'emploi

Statut d'emploi Salarié(e)

Autonome

► Veuillez faire remplir le formulaire **F2 Attestation de revenu par l'employeur** et **F6 Description d'emploi** si vous souffrez toujours d'incapacité 7 jours après l'accident.

► Si vous souffrez toujours d'incapacité 7 jours après l'accident, veuillez fournir pour les trois dernières années la copie des documents suivants :

– si vous résidez au Québec :

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

– si vous résidez au Canada, mais à l'extérieur du Québec :

- votre déclaration de revenus fédérale,
- votre 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 vous résidez 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 (équivalent 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.

E Au moment de l'accident :

• étiez-vous admis(e) à un programme scolaire comme étudiant(e) à temps plein?

Oui ► Si vous aviez 16 ans ou plus, veuillez faire remplir le formulaire **F4 Attestation de fréquentation scolaire**.
 Non

• travailliez-vous sans rémunération dans une entreprise familiale?

Oui
 Non

• receviez-vous des prestations d'assurance-emploi?

Oui
 Non

• receviez-vous une allocation d'aide à l'emploi?

Oui ► Veuillez faire remplir le formulaire **F3 Confirmation de l'allocation d'aide à l'emploi perdue**
 Non si vous souffrez toujours d'incapacité 7 jours après l'accident.

Au moment de l'accident, un employeur vous avait-il garanti un emploi?

Oui ► Nom de l'employeur ou raison sociale de l'entreprise

Non

Téléphone

Veuillez demander le formulaire **Confirmation d'embauche** si vous souffrez toujours d'incapacité 7 jours après l'accident.



Annexe
Situation économique

Numéro de réclamation

Page 8/8

F Au moment de l'accident, étiez-vous déjà incapable de travailler? Oui Non ► (*Si non, passez à la section G.*)

Étiez-vous incapable de travailler : temporairement? Année _____ Mois _____ Jour _____
 de façon permanente? Depuis le : _____

Veuillez décrire votre incapacité ou votre invalidité (avant l'accident).

G Au moment de l'accident, receviez-vous :

- des indemnités pour accident du travail de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail? ► Numéro de votre dossier : _____
 des prestations pour invalidité du Régime de rentes du Québec?
 une rente d'invalidité d'un autre organisme?
 Aucune rente
- Précisez : _____

H Si vous n'occupiez pas un emploi à temps plein depuis plus d'un an au moment de l'accident, vous devez fournir les renseignements suivants.

Scolarité

Veuillez encercler seulement le dernier niveau terminé. ➔ Primaria 1 2 3 4 5 6 7 Année _____ Mois _____
Secondaire 1 2 3 4 5 Date de la fin des études à temps plein : _____
Collégial 1 2 3
Universitaire 1^{er} cycle 2^e cycle 3^e cycle Diplômes obtenus et disciplines : _____

Au cours des cinq années précédant l'accident, y a-t-il eu des périodes où :

• votre occupation principale était de Oui ► du : _____ au : _____
 Non

• vous n'étiez pas disponible pour occuper un emploi pour cause de maladie, d'accident, etc.? Oui ► du : _____ au : _____ Raisons
 Non Année _____ Mois _____ Année _____ Mois _____
du : _____ au : _____ Année _____ Mois _____
du : _____ au : _____ Année _____ Mois _____

Êtes-vous titulaire d'un certificat de qualification ou d'une licence professionnelle? Oui Non Si oui, précisez : _____

Êtes-vous membre d'un ordre professionnel? Oui Non Si oui, précisez : _____

Historique d'emploi Veuillez indiquer tous les emplois que vous avez occupés au cours des cinq années précédant l'accident ou vos trois derniers emplois si vous n'avez pas travaillé pendant cette période. **Ces renseignements sont nécessaires au traitement de votre dossier.**

| Période d'embauche (en commençant par la plus récente) | Année _____ Mois _____ | Nom de l'entreprise | Genre d'entreprise | Titre de l'emploi | Nombre d'heures travaillées par semaine | | Revenu brut |
|---|------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|---|---|---|
| | | | | | par vous | par une personne employée à temps plein dans cette entreprise | |
| De : _____ | À : _____ | | | | | | \$ |
| De : _____ | À : _____ | | | | | | <input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine |
| De : _____ | À : _____ | | | | | | \$ |
| De : _____ | À : _____ | | | | | | <input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine |
| De : _____ | À : _____ | | | | | | \$ |
| De : _____ | À : _____ | | | | | | <input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine |
| De : _____ | À : _____ | | | | | | \$ |
| De : _____ | À : _____ | | | | | | <input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine |
| Conservez toutes vos pièces justificatives pour pouvoir nous les fournir sur demande. | | | | | | | |