

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 Jour	
Nom de famille actuel s'il diffère du nom à la naissance			
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"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf (veuve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) légalement <input type="checkbox"/> Séparé(e) de fait			
Langue de correspondance <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 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 <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 de façon détaillée et complète les faits entourant l'accident. (Si l'espace est insuffisant, joignez une feuille supplémentaire.)	
5	Un rapport d'accident a-t-il été rédigé par un policier? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Numéro du rapport (s'il est connu)
Un constat amiable a-t-il été rédigé? <input type="checkbox"/> Oui (Joignez une copie du constat.) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		Si l'accident est survenu à l'extérieur du Québec, joignez une copie du rapport d'accident si vous l'avez en votre possession.
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 : • 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 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 :

☐ 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.)

Première consultation médicale Année Mois Jour

Nom du médecin ou du professionnel de la santé consulté

Nom de l'établissement

Ville, village ou municipalité

9 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?

☐ Oui ► Date du début Année Mois Jour Date prévue de Année Mois Jour

☐ Non de l'incapacité : reprise des activités :

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?

☐ Oui ►

☐ Non

Du Année Mois Jour au Année Mois Jour

Ville, village ou municipalité

Province, État ou pays

Si oui :

• Aviez-vous un domicile permanent au Québec pendant ce temps?

☐ Oui ►

☐ Non

Ville, village ou municipalité

• 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

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

- 11** Au moment de l'accident, est-ce que vous receviez 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 ☐ Non ☐ Nom de l'organisme

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 déboursier**.

► 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

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

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

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

X

Date
Année Mois Jour**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

X

Date
Année Mois Jour**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 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 Remboursement de frais et envoi de documents : saaq.gouv.qc.ca/envoiodocuments
Télécopieur : 1 866 289-7952Poste : 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.**

Page 5 de 8



C Personnes à charge (suite)

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

4. Nom	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	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 checked="" type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> 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 habitait-elle avec vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
5. Nom	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	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 checked="" type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> 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 habitait-elle avec vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
6. Nom	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	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 checked="" type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> 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 habitait-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

☐ 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 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.

☐ Autonome

► 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 (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.

E Au moment de l'accident :

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

☐ Oui ☐ Non

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

• 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 ☐ Non

► Veuillez faire remplir le formulaire **F3 Confirmation de l'allocation d'aide à l'emploi perdue** 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 ☐ Non

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

Téléphone

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



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? ☐ de façon permanente? Depuis le : Année Mois Jour

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? ► Précisez : _____
- ☐ une rente d'invalidité d'un autre organisme? _____
- ☐ Aucune rente

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.

	1	2	3	4	5	6	7	Année	Mois
Primaire									
Secondaire									
Collégial									
Universitaire									

Date de la fin des études à temps plein : Année Mois

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 prendre soin, sans rémunération, d'un enfant de moins de six ans? ☐ Oui ☐ Non du : Année Mois au : Année Mois
- vous n'étiez pas disponible pour occuper un emploi pour cause de maladie, d'accident, etc.? ☐ Oui ☐ Non du : Année Mois au : Année Mois
- Raisons : _____

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 :						\$ <input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine
De : À :						\$ <input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine
De : À :						\$ <input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine
De : À :						\$ <input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine
De : À :						\$ <input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine
De : À :						\$ <input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine

Conservez toutes vos pièces justificatives pour pouvoir nous les fournir sur demande.