

Demande de révision – Indemnisation

Avec vous,
au cœur de votre sécurité

Nom et prénom du demandeur		Nom et prénom de la personne accidentée		
Adresse	Numéro	Rue		
Ville, village ou municipalité		Province ou territoire	Pays	Code postal
Numéro de réclamation		Date de la décision contestée (Année-Mois-Jour)	Numéro de communication	

► Avant de remplir ce formulaire, vous pouvez communiquer avec l'intervenante ou l'intervenant qui a signé la communication pour obtenir des explications additionnelles sur la ou les décisions rendues.

Sujet de la décision contestée : _____

Si vous désirez contester d'autres décisions également rendues au cours des 60 derniers jours, vous pouvez les indiquer ci-dessous :

Date de la décision (Année-Mois-Jour) : _____ Numéro de communication : _____

Sujet : _____

Date de la décision (Année-Mois-Jour) : _____ Numéro de communication : _____

Sujet : _____

Expliquez vos désaccords avec les décisions contestées (si l'espace est insuffisant, vous pouvez utiliser une autre feuille).

Prévoyez-vous fournir des documents supplémentaires pour appuyer votre demande de révision? Oui Non Je ne sais pas.

Ex. : dossier médical, contre-expertise médicale, preuve de revenu, description d'emploi, etc.

Précisez le ou les types de documents : _____

Numéros de téléphone : Résidence : _____ Autre : _____

X

Signature de la personne accidentée ou de la personne autorisée à agir en son nom _____ Date (Année-Mois-Jour) _____

Si vous agissez au nom de la personne accidentée, indiquez à quel titre : Parent Tuteur Autre, précisez : _____

À REMPLIR SEULEMENT SI VOUS MANDATEZ QUELQU'UN POUR VOUS REPRÉSENTER

J'autorise la personne mentionnée ci-dessous à me représenter pour ma demande de révision. Cette personne aura accès à tout renseignement touchant ma demande de révision et pourra discuter de tout sujet qui s'y rapporte. À cette fin, j'autorise la Société à communiquer à mon représentant tout renseignement inclus dans le présent dossier.

Nom et prénom du représentant : _____ Téléphone : _____

Nom de la firme ou de l'entreprise : _____

Adresse : _____

X

Signature de la personne accidentée _____ Date (Année-Mois-Jour) _____

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 nos 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 de 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/enviódокументs

Télécopieur : 418 528-2611

Télécopieur sans frais : 1 866 349-2759

Poste : Société de l'assurance automobile du Québec

Case postale 19150, succursale Terminus

Québec (Québec) G1K 9C3