

Avec vous,
au cœur de votre sécurité

Numéro de réclamation

Renseignements sur la personne accidentée

À remplir par la personne accidentée, son représentant ou sa représentante

Nom de famille à la naissance		Prénom		Numéro d'assurance sociale				
Adresse	Numéro	Rue	Appartement		Date de l'accident	Année	Mois	Jour
Case postale	Ville, village ou municipalité		Province	Pays	Code postal			

Renseignements sur l'employeur

À remplir par l'employeur

Nom ou raison sociale							
Adresse	Numéro	Rue	Case postale				
Ville, village ou municipalité		Province	Pays	Code postal			

NOTE :

La Société entend par confirmation d'embauche (ou emploi garanti), l'emploi que la personne accidentée aurait exercé si l'accident n'avait pas eu lieu.

Date d'entrée en fonction prévue :

Année	Mois	Jour

Date de fin prévue : (s'il y a lieu)

Année	Mois	Jour

Date où cette personne vous a offert ses services :

Année	Mois	Jour

Date où l'embauche de cette personne a été confirmée :

Année	Mois	Jour

Genre d'emploi : À temps plein À temps partiel
 Temporaire Autre, précisez : _____

Nombre d'heures travaillées par semaine : _____ h
 Nombre d'heures normalement travaillées par semaine par une personne exerçant les mêmes fonctions à temps plein dans cette entreprise : _____ h

Titre de l'emploi : _____

Décrivez les principales tâches qu'aurait exercées cette personne :

Revenu brut \$ par heure par jour par semaine
 par année autre, précisez : _____

Autres revenus réguliers qui ne seront pas versés à la suite de l'accident

Montant sur une base annuelle

Heures supplémentaires effectuées sur une base régulière	
Primes de nuit, d'éloignement ou autre	
Pourboires	
Commissions	
Bonis	
Montants versés pour la participation aux profits de l'entreprise	
Dividendes reçus en compensation du travail accompli	
Valeur en espèces de l'utilisation à des fins personnelles d'une automobile ou d'un logement fourni par l'employeur	
Allocation pour l'utilisation d'équipements et de vêtements	
TOTAL	\$

Déclaration

Nous certifions que les renseignements sont vrais et complets.

Signature de l'employeur ou de la personne autorisée à le représenter	Titre		
Signature du directeur ou de la directrice du personnel	Année	Mois	Jour
	Téléphone		

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.

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.