



Avec vous,
au cœur de votre sécurité

Renseignements sur la personne accidentée

Nom

Prénom

Numéro de réclamation

1. Expérience professionnelle – emplois antérieurs

Veillez inscrire les renseignements demandés sur les emplois que vous avez exercés au cours des cinq dernières années.
(Veillez vous référer aux dates indiquées dans la lettre envoyée avec le formulaire. Si l'espace est insuffisant, joignez une feuille supplémentaire.)

Période d'emploi (en commençant par l'emploi le plus récent)		Emploi occupé	Entreprise	Nombre d'heures travaillées par semaine (excepté les heures supplémentaires)	Nombre d'heures équivalant à une semaine de travail à temps plein dans l'entreprise	Revenu brut
De (Année-Mois)	À (Année-Mois)					
						\$/ <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> sem.
						\$/ <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> sem.
						\$/ <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> sem.
						\$/ <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> sem.
						\$/ <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> sem.
						\$/ <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> sem.

Au cours des cinq dernières années, y a-t-il des périodes où vous n'étiez pas disponible pour occuper un emploi pour cause de maladie, d'accident de travail, de retrait préventif, de congé de maternité, etc. ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, remplissez le tableau suivant :

Période		Précisez la raison
De (Année-Mois)	À (Année-Mois)	

2. Formation

a) **Au cours des cinq dernières années, avez-vous été aux études à temps plein?** ☐ Oui ☐ Non Si oui, remplissez le tableau suivant :

Période		Nom du programme d'études
De (Année-Mois)	À (Année-Mois)	

b) **Avez-vous obtenu votre diplôme d'études secondaires?** ☐ Oui ☐ Non

c) **Avez-vous obtenu d'autres diplômes qu'un diplôme d'études secondaires?** ☐ Oui ☐ Non Si oui, remplissez le tableau suivant :

Année d'obtention du diplôme	Nom du diplôme	Année d'obtention du diplôme	Nom du diplôme
	<input type="checkbox"/> DEP/ASP <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/> AEC/DEC <input type="checkbox"/> Autre		<input type="checkbox"/> DEP/ASP <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/> AEC/DEC <input type="checkbox"/> Autre
	<input type="checkbox"/> DEP/ASP <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/> AEC/DEC <input type="checkbox"/> Autre		<input type="checkbox"/> DEP/ASP <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/> AEC/DEC <input type="checkbox"/> Autre

Possédiez-vous une licence ou un certificat de compétence ou de qualification valide à la date de l'accident?
☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : _____

Numéro de licence/certificat : _____ Date d'échéance (Année-Mois-Jour) : _____

Étiez-vous membre d'un ordre professionnel à la date de l'accident?
☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : _____

Numéro de membre : _____

3. Capacité physique et psychologique

► AVANT L'ACCIDENT, est-ce qu'un professionnel de la santé vous avait recommandé d'éviter ou de ne pas faire certains mouvements ou certaines tâches, et ce, de façon permanente?
☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : ☐ Soulever un poids : _____ ☐ lbs ☐ kg
☐ Effectuer un mouvement (ex. : s'accroupir, lever le bras, etc.) : _____
☐ Rester dans une même position de façon prolongée (assis ou debout) : _____
☐ Autre : _____

Déclaration

Je certifie, en toute bonne foi, que les renseignements fournis sont vrais.

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

Date (Année-Mois-Jour)

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 de relations avec la clientèle de la Société.

Société de l'assurance automobile du Québec

4915 30 (2023-08)

IE