

Avec vous,
au cœur de votre sécurité

1 Renseignements sur la ou le propriétaire

Nom			Numéro de permis de conduire		
Prénom			Date de naissance Année Mois Jour		
Adresse	Numéro	Rue	Appartement		
Ville, village ou municipalité			Province		Code postal
Téléphone principal	Poste	Téléphone secondaire	Poste	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
Courriel					

2 Renseignements sur la conductrice ou le conducteur (si autre que la ou le propriétaire)

Nom			Numéro de permis de conduire		
Prénom			Date de naissance Année Mois Jour		
Téléphone principal	Poste	Téléphone secondaire	Poste	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	

3 Témoins

Y a-t-il eu un ou des témoins de l'accident? Oui Non Si oui, donnez les renseignements suivants :

Nom		Prénom			
Adresse	Numéro	Rue	Appartement		
Ville, village ou municipalité		Province		Code postal	Téléphone

4 Documents requis

- Les formulaires *Demande d'indemnité pour dommages matériels* et *Autorisation de communiquer et d'obtenir des renseignements personnels à propos de dommages matériels*, **dûment remplis et signés par la ou le propriétaire du véhicule**;
- Une copie de la page de votre police d'assurance automobile en vigueur au moment de l'accident sur laquelle figurent le montant assuré pour la responsabilité civile, la liste des franchises, le modèle du véhicule, la durée du contrat et le nom de la personne assurée;
- Un document d'estimation des réparations établi par un garagiste et précisant le nom du garage et ses numéros de taxes, le coût de chaque pièce et le coût de la main-d'œuvre, y compris le taux horaire;
- **Des photos couleur** montrant les quatre côtés extérieurs et l'odomètre du véhicule;
- Un rapport de police ou d'événement ou une preuve que vous avez contacté la police dans les 48 heures suivant l'accident.

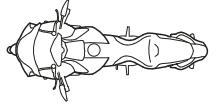
Retournez ce formulaire :

Par télécopieur : 418 646-6818 (Québec)

1 866 882-6964 (Ailleurs)

Par courrier : Société de l'assurance automobile du Québec
Case postale 19150, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 9C3

5 Description de l'accident (véhicule ou biens endommagés)

Date et heure de l'accident	Année	Mois	Jour	Heure	Minute	Lieu de l'accident (ville, village ou municipalité)	Véhicule
							<input type="checkbox"/> stationné <input type="checkbox"/> en mouvement
L'accident a-t-il été rapporté à un service de police dans les 48 heures suivant l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Y a-t-il un rapport de police? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Numéro du rapport	Fait le
Marque		Modèle			Année	Numéro d'identification du véhicule (NIV)	
Transmission		Plaque	Kilométrage	Y a-t-il eu délit de fuite?	La personne responsable du délit de fuite a-t-elle été identifiée?		
<input type="checkbox"/> automatique <input type="checkbox"/> manuelle				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
D'autres biens ont-ils été endommagés (ex. : clôture) (à l'exclusion des objets qui se trouvaient à l'intérieur du véhicule)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui , lesquels ►							
Veuillez décrire de façon détaillée et complète les faits entourant l'accident. (Si l'espace est insuffisant, joignez une feuille supplémentaire.)							
Croquis de l'accident						Veuillez indiquer l'endroit des dommages.	
							
Avez-vous subi des blessures dans cet accident?			Avez-vous fait une demande d'indemnité pour vos blessures?			Numéro de réclamation	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Si oui ►	

6 Signature de la demande d'indemnité

Je certifie que les renseignements fournis dans la présente demande sont vrais.

Signature de la ou du propriétaire ou de sa représentante ou de son représentant pour une ou un propriétaire mineur(e)		Date	Année	Mois	Jour
X					
Si vous avez signé la demande comme représentante ou représentant autorisé, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous.					
<input type="checkbox"/> Père ou mère ou parent d'un enfant mineur <input type="checkbox"/> Autre, précisez ►					
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme		Nom de la représentante ou du représentant		Prénom de la représentante ou du représentant	
Adresse, si elle est différente de celle de la ou du propriétaire		Numéro	Rue		
Appartement	Ville, village ou municipalité			Province	Code postal
Téléphone principal		Poste	Téléphone secondaire	Poste	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais

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.