Société de l'assurance automobile Québec

Avec vous, au cœur de votre sécurité

Signature de la demande d'indemnité électronique

Pour les demandes transmises électroniquement par une personne autre que la personne accidentée, son représentant ou sa représentante ou le parent d'un enfant mineur

Effacer

Année Mois Jour		Année Mois Jour		
Date de l'accident	**Ou**	**Date de naissance de la personne accidentée**	**Ou**	**Numéro de réclamation**

Déclaration

Je soussigné ou je soussignée, _____ ,

Prénom et nom de la personne accidentée ou de son représentant ou de sa représentante

certifie avoir pris connaissance des informations transmises dans la demande d'indemnité électronique remplie par

_____ .

Prénom et nom de la personne qui a rempli la demande

À la suite de cette vérification, je fais la déclaration suivante :

☐ Ces renseignements sont véridiques et complets.

☐ Ces renseignements sont véridiques à l'exception des suivants, auxquels ces corrections doivent être apportées :

_____

_____

_____

_____

Si d'autres renseignements sont nécessaires pour permettre d'établir le droit à une indemnité et le montant de celle-ci s'il y a lieu, 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 ou la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Signature

X _____ Année Mois Jour

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

Représentant ou représentante :

Si vous avez signé ce formulaire à titre de personne autorisée à représenter la personne accidentée, veuillez nous transmettre tout document légal attestant que vous avez l'autorisation d'agir à ce titre et fournir les renseignements demandés ci-dessous :

Adresse (si différente de celle de la personne accidentée) :

_____

_____

Nom et prénom de la personne accidentée :

_____

_____

Lien avec la personne accidentée : _____

Téléphone : _____

TROIS FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT :
Service en ligne Remboursement de frais et envoi de documents : saaq.gouv.qc.ca/envoidocuments
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.

Imprimer le formulaire