

Numéro de réclamation

L'article 69 de la *Loi sur l'assurance automobile* prévoit qu'une indemnité peut être refusée ou que le paiement d'une indemnité peut être **discontinué ou suspendu** par décision de la **Société** lorsque le réclamant ou la réclamante ou le ou la bénéficiaire fournit des renseignements faux ou inexacts, ou refuse ou néglige de fournir les renseignements requis pour l'application de cette loi.

Renseignements sur la personne accidentée

Nom de famille		Prénom	
Adresse			
Numéro	Rue	Appartement	Ville, village ou municipalité
Case postale	Province	Code postal	Téléphone Ind. rég.
État matrimonial actuel de la personne accidentée			
<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf (veuve) <input type="checkbox"/> Séparé(e) légalement <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) de fait <input type="checkbox"/> Uni(e) civilement		Depuis le : Année Mois Jour	
➔ Veuillez nous fournir les renseignements suivants sur le conjoint ou la conjointe de la personne accidentée, le cas échéant :			
Nom de famille		Prénom	
Nom de famille à la naissance, si différent de celui ci-dessus		Numéro d'assurance maladie	
Numéro d'assurance sociale		Date de naissance Année Mois Jour	
Adresse actuelle, si différente de celle de la personne accidentée			

Renseignements complémentaires

La personne accidentée verse-t-elle actuellement une pension alimentaire ? ☐ Oui ☐ Non

▶ Si oui, veuillez nous fournir les précisions suivantes :

Date du début de la pension alimentaire : Année Mois Jour Montant annuel actuellement versé : \$

N. B. : Joignez le jugement concernant la pension alimentaire si vous n'avez pas déjà fourni ce document à la **Société**.

Note : S'il y a des changements concernant les personnes à charge, remplissez ce formulaire et retournez-le à la Société de l'assurance automobile du Québec. Ainsi, elle pourra vérifier s'il y a lieu d'augmenter le montant de l'indemnité de remplacement du revenu de la personne accidentée.

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.

1^{re} personne à charge

Nom	Prénom	Date de naissance Année Mois Jour	Numéro d'assurance maladie

Au cours des 12 derniers mois, cette personne a-t-elle fréquenté à temps plein :

A) un établissement d'enseignement primaire ou secondaire ? ☐ Oui ☐ Non **Si oui**, précisez le nom de l'établissement : _____

B) un établissement d'enseignement postsecondaire (cégep, collège, université ou autre) ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez le nom de l'établissement fréquenté à chacun des trimestres : _____

_____ Hiver (janvier à avril) _____ Été (mai à août) _____ Automne (septembre à décembre)

2^e personne à charge

Nom	Prénom	Date de naissance Année Mois Jour	Numéro d'assurance maladie

Au cours des 12 derniers mois, cette personne a-t-elle fréquenté à temps plein :

A) un établissement d'enseignement primaire ou secondaire ? ☐ Oui ☐ Non **Si oui**, précisez le nom de l'établissement : _____

B) un établissement d'enseignement postsecondaire (cégep, collège, université ou autre) ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez le nom de l'établissement fréquenté à chacun des trimestres : _____

_____ Hiver (janvier à avril) _____ Été (mai à août) _____ Automne (septembre à décembre)

3^e personne à charge

Nom	Prénom	Date de naissance Année Mois Jour	Numéro d'assurance maladie

Au cours des 12 derniers mois, cette personne a-t-elle fréquenté à temps plein :

A) un établissement d'enseignement primaire ou secondaire ? ☐ Oui ☐ Non **Si oui**, précisez le nom de l'établissement : _____

B) un établissement d'enseignement postsecondaire (cégep, collège, université ou autre) ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez le nom de l'établissement fréquenté à chacun des trimestres : _____

_____ Hiver (janvier à avril) _____ Été (mai à août) _____ Automne (septembre à décembre)

4^e personne à charge

Nom	Prénom	Date de naissance	Numéro d'assurance maladie

Au cours des 12 derniers mois, cette personne a-t-elle fréquenté à temps plein :

A) un établissement d'enseignement primaire ou secondaire ? ☐ Oui ☐ Non **Si oui**, précisez le nom de l'établissement : _____

B) un établissement d'enseignement postsecondaire (cégep, collège, université ou autre) ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez le nom de l'établissement fréquenté à chacun des trimestres : _____

_____ Hiver (janvier à avril) _____ Été (mai à août) _____ Automne (septembre à décembre)

Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements fournis sont vrais et complets.

Signature de la personne accidentée ou de son représentant ou de sa représentante	Année Mois Jour Date

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.