



Cette attestation vous est demandée à la suite :
 d'un accident **ou** d'une rechute

Selon la loi, tout employeur doit, à la demande de la Société, lui fournir dans les 6 jours une attestation de revenu d'un de ses employés visé par une demande d'indemnité à la Société.

Renseignements sur la personne accidentée

Vous devez remplir cette section.

Nom de famille à la naissance _____

Prénom _____

Adresse Numéro Rue _____ Appartement _____

Case postale _____ Ville, village ou municipalité _____

Province ou État _____ Pays _____ Code postal _____

Numéro d'assurance sociale _____

Date de l'accident ou de la rechute, selon le cas
 Année Mois Jour _____

Emploi

Vous devez faire remplir cette section par l'employeur si la demande concerne un **travailleur salarié**.

Nom ou raison sociale de l'employeur _____

Adresse Numéro Rue _____

Case postale _____ Ville, village ou municipalité _____

Province ou État _____ Pays _____ Code postal _____

Appellation d'emploi au moment de l'accident ou de la rechute, selon le cas _____

Date d'embauche Année Mois Jour _____

Date de fin prévue (s'il y a lieu) Année Mois Jour _____

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

Nombre d'heures travaillées par semaine (s'il s'agit d'un emploi sur appel, inscrire la moyenne des heures travaillées durant la dernière année): _____ h

Semaine normale d'un travailleur exerçant les mêmes fonctions à temps plein dans cette entreprise: _____ h

Salaire brut \$ Par heure Par semaine Par année
 Autre, précisez : _____

Date d'arrêt du travail à la suite de l'accident ou de la rechute, selon le cas
 Année Mois Jour _____

Date réelle de retour au travail, sauf si la personne accidentée est décédée
 Année Mois Jour _____

Au moment de l'accident ou de la rechute, selon le cas, cette personne était-elle déjà en incapacité?
 Oui Non Si oui, précisez : _____

Est-ce que l'accident ou la rechute, selon le cas, est survenu dans le cadre du travail de cette personne? Oui Non

Autres revenus réguliers qui ne seront pas versés à la suite de l'accident ou de la rechute, selon le cas	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

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et complets.

Signature de l'employeur _____ Date Année Mois Jour _____

X _____

Nom (en caractères d'imprimerie) _____

Titre ou fonction _____ Téléphone _____

NE RIEN ÉCRIRE ICI

Numéro de réclamation _____

TROIS FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT :
Service en ligne Envoi de documents :
saaq.gouv.qc.ca
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.