



Avec vous,
au cœur de votre sécurité

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

Renseignements sur la personne accidentée

Vous devez remplir cette section.

Nom de famille à la naissance		Date de l'accident ou de la rechute, selon le cas	
Prénom		Année Mois Jour	
Numéro d'assurance sociale			
Adresse Numéro Rue		Appartement	
Case postale		Ville, village ou municipalité	
Province ou État		Pays	
		Code postal	

J'autorise Emploi-Québec à fournir les renseignements à la Société de l'assurance automobile du Québec.
Signature de la personne accidentée majeure ou du représentant de la personne accidentée

Pour l'allocation d'aide à l'emploi dans le cadre des mesures actives d'Emploi-Québec

Vous devez faire remplir cette section par le centre local d'emploi du Québec concerné.

Numéro Rue		Case postale	
Ville, village ou municipalité		Province	
		Code postal	
Type de programme ►			
Y a-t-il eu perte du droit à l'allocation d'aide à l'emploi en raison de l'accident d'automobile ou de la rechute, selon le cas? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, indiquez depuis quelle date:		Date de fin prévue:	
Année Mois Jour		Année Mois Jour	
Indiquez le montant brut hebdomadaire payable en excluant les frais supplémentaires: _____ \$			
PERSONNE AUTORISÉE DU CENTRE LOCAL D'EMPLOI DU QUÉBEC			
Nom de la personne autorisée (en caractères d'imprimerie)		Signature	
Téléphone		Date	
		Année Mois Jour	

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
Édifice Jean-Lesage
Case postale 2500, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 8A2

Conservez l'original ou une copie pour vos dossiers.

NE RIEN ÉCRIRE ICI

Numéro de réclamation