



## Déclaration de maladie ou de déficit fonctionnel et test visuel

**Vous devez déclarer à la Société tout nouveau problème de santé que vous ne lui avez pas encore signalé. Cochez la case appropriée.**

- |  |   |
|--|---|
| <p>1. <input type="checkbox"/> Je porte des lunettes ou des lentilles cornéennes pour conduire.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> J'ai une maladie des yeux (cataracte, glaucome, rétinopathie, dégénérescence maculaire, vision double, perte ou vision nulle d'un œil, etc.).</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Je souffre de surdité partielle ou complète avec ou sans appareil auditif.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Je souffre de vertiges importants.</p> <p>5. <input type="checkbox"/> J'ai une condition cardiaque qui limite mes activités comme la marche (infarctus, angine, palpitations, défibrillateur, transplantation, etc.).</p> <p>6. <input type="checkbox"/> J'ai une somnolence importante associée à un trouble du sommeil (apnée du sommeil, narcolepsie, etc.).</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Mes mouvements sont limités de façon importante depuis plusieurs mois au niveau du cou, des mains ou des pieds (amputation, immobilisation permanente, polyarthrite, etc.).</p> <p>8. <input type="checkbox"/> J'ai un problème psychiatrique ou de comportement important (schizophrénie, maladie bipolaire, dépression majeure récurrente, etc.).</p> | <p>9. <input type="checkbox"/> J'ai un trouble lié à la consommation d'alcool, de drogues ou d'autres substances.</p> <p>10. <input type="checkbox"/> J'ai des troubles cognitifs (démence, maladie d'Alzheimer, ralentissement psychomoteur, etc.).</p> <p>11. <input type="checkbox"/> J'ai déjà fait des crises d'épilepsie.</p> <p>12. <input type="checkbox"/> J'ai une condition neurologique (accident vasculaire cérébral, traumatisme crânien, paralysie, parkinson, sclérose en plaques, etc.).</p> <p>13. <input type="checkbox"/> J'ai subi des pertes de conscience, des syncopes ou des convulsions non épileptiques dans les 12 derniers mois.</p> <p>14. <input type="checkbox"/> Je fais du diabète.</p> <p>15. <input type="checkbox"/> J'ai une maladie des poumons qui limite mes activités comme la marche (emphysème, bronchite chronique, utilisation d'oxygène, etc.).</p> <p>16. <input type="checkbox"/> J'ai besoin d'aide à domicile pour vaquer à mes activités de tous les jours (manger, hygiène, habillage, déplacement, etc.).</p> <p>17. <input type="checkbox"/> Je prends un médicament qui m'endort le jour (pilules pour dormir, pour l'angoisse, pour la douleur, etc.).</p> |
|--|---|

Numéro de permis de conduire

Signature

Date

Année

Mois

Jour

### La communication de renseignements personnels

Le personnel autorisé de la Société de l'assurance automobile du Québec traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils sont indispensables pour appliquer la Loi sur l'assurance automobile, la Loi sur la Société de l'assurance automobile du Québec et le Code de la sécurité routière. La Société communique ces renseignements à ses mandataires et à certains ministères et organismes, selon la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Ces renseignements peuvent aussi servir aux fins 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 au [www.saaq.gouv.qc.ca](http://www.saaq.gouv.qc.ca) ou téléphonez au Centre de relations avec la clientèle de la Société.

### À l'usage de la Société

Année	Mois	Jour	Numéro d'identification (NI)	Centre de services
<input type="checkbox"/> Avec	<input type="checkbox"/> Sans	Lunettes ou lentilles cornéennes		Acuité binoculaire
			20/	Numéro d'usager

Société de l'assurance automobile du Québec