



**Renseignements sur la personne accidentée**

**1** Numéro de permis de conduire du Québec | Numéro d'assurance sociale | Numéro d'assurance maladie

Nom de famille à la naissance | Sexe  Féminin  Masculin

Prénom | Date de naissance Année | Mois | Jour

Nom de famille actuel s'il diffère du nom à la naissance

État civil au moment de l'accident  Marié ou en union civile  En union de fait  Célibataire  Veuf  Divorcé  Séparé légalement  Séparé de fait

Lingue de correspondance  Français  Anglais

**Adresse de la personne accidentée**

**2** Numéro | Rue | Appartement | Case postale

Ville, village ou municipalité | Province/État

Pays | Code postal

Téléphone (résidence) | Poste | Téléphone (autre) | Poste

**Accident**

**3** Date et heure de l'accident Année | Mois | Jour | Heure | Minute  AM  PM

Dans cet accident, la personne accidentée était :  Conducteur  Passager  Piéton  Cycliste

Type de véhicule occupé  Automobile, 4 X 4, VUS, mini-fourgonnette  Camion  Motocyclette  Autre, précisez :  Autobus  Cyclomoteur

Numéro de plaque d'immatriculation du véhicule occupé | Province, État ou pays du véhicule occupé

Lieu de l'accident (ville, village ou municipalité) | A l'extérieur du Québec, indiquez la province, l'État ou le pays

Un véhicule immatriculé à l'extérieur du Québec est-il impliqué dans l'accident?  Oui  Non  Ne sais pas

**4** Veuillez décrire brièvement les faits entourant l'accident

---



---



---



---

**5** Un rapport d'accident a-t-il été rédigé par un policier?  Oui  Non  Ne sais pas

Numéro du rapport (s'il est connu) \_\_\_\_\_

Si l'accident est survenu à l'extérieur du Québec, joindre une copie du rapport d'accident si vous l'avez en votre possession.

**6** L'accident d'automobile est survenu

- pendant que la personne accidentée était au travail  Oui  Non
- lors d'un acte criminel  Oui  Non
- en portant secours à une personne en détresse  Oui  Non

**NE RIEN ÉCRIRE ICI**

**TROIS FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT :**  
 Service en ligne Envoi de documents : [saaq.gouv.qc.ca](http://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.**





**Conjoint\* de la personne accidentée**

**11** \* LE TERME *CONJOINT* DÉSIGNE AUSSI BIEN LES FEMMES QUE LES HOMMES. LES CONJOINTS PEUVENT ÊTRE DE SEXE DIFFÉRENT OU DE MÊME SEXE.

Au moment du décès, la personne accidentée avait-elle un conjoint?  Oui  Non ► **Passez à la section 13**

Était-elle:  Légalement mariée (**joindre le certificat de mariage**) ou en union civile Année Mois  
 En union de fait ► Depuis le : Année Mois

De cette union,  
 • un enfant était-il né?  Oui  Non  
 • un enfant allait-il naître?  Oui  Non  
 • un enfant avait-il été adopté par la personne accidentée et son conjoint?  Oui  Non  
 • un des conjoints avait-il adopté un enfant de l'autre?  Oui  Non

Si **oui**, joindre le jugement d'adoption

Nom du conjoint à la naissance

Prénom

Sexe  Féminin  Masculin

Date de naissance Année Mois Jour

Numéro d'assurance maladie

Année Mois

Ce conjoint demeurerait-il à la même adresse que la personne accidentée au moment de l'accident?  Oui  Non Si **non**, il demeurerait à l'adresse ci-dessous depuis le : Année Mois

Adresse Numéro Rue Appartement Case postale

Ville, village ou municipalité Province/État

Pays Code postal

Téléphone (résidence) Téléphone (travail) Poste Téléphone (autre)

**12** Ce conjoint est-il invalide?  Oui  Non Si **oui**, joindre un rapport médical attestant l'invalidité du conjoint si la personne accidentée a moins de 45 ans.

**Ex-conjoint\* de la personne accidentée**

**13** \* LE TERME *EX-CONJOINT* DÉSIGNE AUSSI BIEN LES FEMMES QUE LES HOMMES. LES EX-CONJOINTS PEUVENT ÊTRE DE SEXE DIFFÉRENT OU DE MÊME SEXE.

Au moment du décès, la personne accidentée avait-elle un ex-conjoint?  Oui ► **Joindre une copie des documents officiels de séparation et de divorce**  
 Non ► **Passez à la section 15**

Au moment du décès, la personne accidentée devait-elle verser, en vertu d'un jugement ou d'une convention, une pension alimentaire à l'ex-conjoint (**excluant la pension versée pour les enfants**)?  Oui ► **Joindre une copie des documents officiels attestant le montant**  
 Non

Nom de l'ex-conjoint à la naissance

Sexe  Féminin  Masculin

Prénom

Date de naissance Année Mois Jour

Adresse Numéro Rue Appartement Case postale

Ville, village ou municipalité Province/État

Pays Code postal

Téléphone (résidence) Téléphone (travail) Poste Téléphone (autre)

**14** Cet ex-conjoint est-il invalide?  Oui  Non Si **oui**, joindre un rapport médical attestant l'invalidité de l'ex-conjoint.



**Personnes à charge**

**15** Au moment de l'accident, la personne accidentée avait-elle des personnes à charge?  Oui  Non ► *Si non, passez à la section 16*

**POUR CHAQUE ENFANT OU AUTRE PERSONNE QUI ÉTAIT À LA CHARGE DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE, VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS ET JOINDRE LE CERTIFICAT DE NAISSANCE DÉLIVRÉ PAR LE DIRECTEUR DE L'ÉTAT CIVIL AVEC LE NOM DE LA MÈRE ET DU PÈRE.**

1. Nom		Sexe		Date de naissance	
		<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Année Mois Jour	
Prénom					
Numéro d'assurance maladie		Lien avec la personne accidentée			
		<input type="checkbox"/> Enfant biologique <input type="checkbox"/> Enfant du conjoint <input type="checkbox"/> Autre, précisez :			
Niveau de scolarité en cours		<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire ►		<input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire	
		<input type="checkbox"/> Professionnel		Faire remplir le formulaire <b>F4 D Attestation de fréquentation scolaire</b> pour les personnes à charge de 18 ans ou plus.	
Revenu brut annuel d'emploi (incluant les prestations d'assistance sociale, d'assurance-emploi, etc.)		La personne accidentée: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Prenait-elle soin de cette personne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Cette personne à charge : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Est-elle invalide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Joindre un rapport médical attestant l'invalidité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Habite-t-elle avec la personne accidentée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		► Inscrire l'adresse ci-dessous	
Adresse Numéro Rue		Appartement		Case postale	
Ville, village ou municipalité		Province/État			
Pays		Code postal			
2. Nom		Sexe		Date de naissance	
		<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Année Mois Jour	
Prénom					
Numéro d'assurance maladie		Lien avec la personne accidentée			
		<input type="checkbox"/> Enfant biologique <input type="checkbox"/> Enfant du conjoint <input type="checkbox"/> Autre, précisez :			
Niveau de scolarité en cours		<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire ►		<input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire	
		<input type="checkbox"/> Professionnel		Faire remplir le formulaire <b>F4 D Attestation de fréquentation scolaire</b> pour les personnes à charge de 18 ans ou plus.	
Revenu brut annuel d'emploi (incluant les prestations d'assistance sociale, d'assurance-emploi, etc.)		La personne accidentée: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Prenait-elle soin de cette personne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Cette personne à charge : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Est-elle invalide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Joindre un rapport médical attestant l'invalidité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Habite-t-elle avec la personne accidentée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		► Inscrire l'adresse ci-dessous	
Adresse Numéro Rue		Appartement		Case postale	
Ville, village ou municipalité		Province/État			
Pays		Code postal			
3. Nom		Sexe		Date de naissance	
		<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Année Mois Jour	
Prénom					
Numéro d'assurance maladie		Lien avec la personne accidentée			
		<input type="checkbox"/> Enfant biologique <input type="checkbox"/> Enfant du conjoint <input type="checkbox"/> Autre, précisez :			
Niveau de scolarité en cours		<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire ►		<input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire	
		<input type="checkbox"/> Professionnel		Faire remplir le formulaire <b>F4 D Attestation de fréquentation scolaire</b> pour les personnes à charge de 18 ans ou plus.	
Revenu brut annuel d'emploi (incluant les prestations d'assistance sociale, d'assurance-emploi, etc.)		La personne accidentée: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Prenait-elle soin de cette personne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Cette personne à charge : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Est-elle invalide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Joindre un rapport médical attestant l'invalidité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Habite-t-elle avec la personne accidentée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		► Inscrire l'adresse ci-dessous	
Adresse Numéro Rue		Appartement		Case postale	
Ville, village ou municipalité		Province/État			
Pays		Code postal			



**Personnes à charge**

**15 PERSONNES À CHARGE (SUITE)**

4. Nom \_\_\_\_\_ Sexe  Féminin  Masculin Date de naissance Année Mois Jour

Prénom \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie \_\_\_\_\_ Lien avec la personne accidentée  
 Enfant biologique  Enfant du conjoint  Autre, précisez :

Niveau de scolarité en cours  Primaire  Secondaire  Général  Professionnel  Collégial  Universitaire **Faire remplir le formulaire F4 D Attestation de fréquentation scolaire pour les personnes à charge de 18 ans ou plus.**

Revenu brut annuel d'emploi (incluant les prestations d'assistance sociale, d'assurance-emploi, etc.) \$ La personne accidentée: Prenait-elle soin de cette personne?  Oui  Non  
 Avait-elle la charge financière de cette personne?  Oui  Non

Cette personne à charge : Est-elle invalide?  Oui  Non Joindre un rapport médical attestant l'invalidité Habite-t-elle avec la personne accidentée?  Oui  Non **Inscrire l'adresse ci-dessous**

Adresse Numéro Rue Appartement Case postale

Ville, village ou municipalité Province/État

Pays Code postal

5. Nom \_\_\_\_\_ Sexe  Féminin  Masculin Date de naissance Année Mois Jour

Prénom \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie \_\_\_\_\_ Lien avec la personne accidentée  
 Enfant biologique  Enfant du conjoint  Autre, précisez :

Niveau de scolarité en cours  Primaire  Secondaire  Général  Professionnel  Collégial  Universitaire **Faire remplir le formulaire F4 D Attestation de fréquentation scolaire pour les personnes à charge de 18 ans ou plus.**

Revenu brut annuel d'emploi (incluant les prestations d'assistance sociale, d'assurance-emploi, etc.) \$ La personne accidentée: Prenait-elle soin de cette personne?  Oui  Non  
 Avait-elle la charge financière de cette personne?  Oui  Non

Cette personne à charge : Est-elle invalide?  Oui  Non Joindre un rapport médical attestant l'invalidité Habite-t-elle avec la personne accidentée?  Oui  Non **Inscrire l'adresse ci-dessous**

Adresse Numéro Rue Appartement Case postale

Ville, village ou municipalité Province/État

Pays Code postal

6. Nom \_\_\_\_\_ Sexe  Féminin  Masculin Date de naissance Année Mois Jour

Prénom \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie \_\_\_\_\_ Lien avec la personne accidentée  
 Enfant biologique  Enfant du conjoint  Autre, précisez :

Niveau de scolarité en cours  Primaire  Secondaire  Général  Professionnel  Collégial  Universitaire **Faire remplir le formulaire F4 D Attestation de fréquentation scolaire pour les personnes à charge de 18 ans ou plus.**

Revenu brut annuel d'emploi (incluant les prestations d'assistance sociale, d'assurance-emploi, etc.) \$ La personne accidentée: Prenait-elle soin de cette personne?  Oui  Non  
 Avait-elle la charge financière de cette personne?  Oui  Non

Cette personne à charge : Est-elle invalide?  Oui  Non Joindre un rapport médical attestant l'invalidité Habite-t-elle avec la personne accidentée?  Oui  Non **Inscrire l'adresse ci-dessous**

Adresse Numéro Rue Appartement Case postale

Ville, village ou municipalité Province/État

Pays Code postal

**S'IL Y A D'AUTRES PERSONNES À CHARGE, VEUILLEZ FOURNIR LA MÊME INFORMATION SUR UNE AUTRE FEUILLE QUE VOUS JOINDREZ À CELLE-CI. N'OUBLIEZ PAS D'INSCRIRE LE NUMÉRO DE RÉCLAMATION APPARAISSANT EN HAUT DE CETTE PAGE.**



**Père et mère de la personne accidentée**

**VOUS DEVEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS SI LA PERSONNE ACCIDENTÉE N'AVAIT NI CONJOINT NI PERSONNE À CHARGE ET QU'ELLE ÉTAIT ÂGÉE DE MOINS DE 18 ANS. VEUILLEZ JOINDRE LE CERTIFICAT DE NAISSANCE DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE DÉLIVRÉ PAR LE DIRECTEUR DE L'ÉTAT CIVIL AVEC LE NOM DE LA MÈRE ET DU PÈRE.**

**16** Renseignements sur le parent\*

Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Père/mère biologique ou d'adoption <input type="checkbox"/> Personne qui tient lieu de père/mère ► depuis le _____ <input type="checkbox"/> Aucune personne ne tient lieu de père/mère	Année Mois Jour _____	Si le parent biologique est décédé, veuillez indiquer la date du décès et joindre une copie du certificat de décès. Année Mois Jour _____
Nom de famille			
Prénom		Habite-t-il avec la personne accidentée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ► Inscrive l'adresse ci-dessous	
Adresse Numéro	Rue	Appartement	Case postale
Ville, village ou municipalité		Province/État	
Pays		Code postal	
Téléphone (résidence)	Téléphone (travail)	Poste	Téléphone (autre)

Renseignements sur le parent\*

Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Père/mère biologique ou d'adoption <input type="checkbox"/> Personne qui tient lieu de père/mère ► depuis le _____ <input type="checkbox"/> Aucune personne ne tient lieu de père/mère	Année Mois Jour _____	Si le parent biologique est décédé, veuillez indiquer la date du décès et joindre une copie du certificat de décès. Année Mois Jour _____
Nom de famille			
Prénom		Habite-t-il avec la personne accidentée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ► Inscrive l'adresse ci-dessous	
Adresse Numéro	Rue	Appartement	Case postale
Ville, village ou municipalité		Province/État	
Pays		Code postal	
Téléphone (résidence)	Téléphone (travail)	Poste	Téléphone (autre)

Renseignements sur le parent\*

Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Père/mère biologique ou d'adoption <input type="checkbox"/> Personne qui tient lieu de père/mère ► depuis le _____ <input type="checkbox"/> Aucune personne ne tient lieu de père/mère	Année Mois Jour _____	Si le parent biologique est décédé, veuillez indiquer la date du décès et joindre une copie du certificat de décès. Année Mois Jour _____
Nom de famille			
Prénom		Habite-t-il avec la personne accidentée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ► Inscrive l'adresse ci-dessous	
Adresse Numéro	Rue	Appartement	Case postale
Ville, village ou municipalité		Province/État	
Pays		Code postal	
Téléphone (résidence)	Téléphone (travail)	Poste	Téléphone (autre)

\* Le terme *parent* désigne aussi bien les femmes que les hommes. Les parents peuvent être de sexe différent ou de même sexe.

**SI L'UN DES PARENTS DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE EST DÉCHU DE SON AUTORITÉ PARENTALE, JOINDRE UNE COPIE DU JUGEMENT DE DÉCHÉANCE.**



**16 PÈRE ET MÈRE DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE (SUITE)**

**VOUS DEVEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS SI LA PERSONNE ACCIDENTÉE N'AVAIT NI CONJOINT NI PERSONNE À CHARGE ET QU'ELLE ÉTAIT ÂGÉE DE MOINS DE 18 ANS. VEUILLEZ JOINDRE LE CERTIFICAT DE NAISSANCE DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE DÉLIVRÉ PAR LE DIRECTEUR DE L'ÉTAT CIVIL AVEC LE NOM DE LA MÈRE ET DU PÈRE.**

Renseignements sur le parent\*

Sexe  Père/mère biologique ou d'adoption  Personne qui tient lieu de père/mère ▶ depuis le \_\_\_\_\_ Année Mois Jour

Féminin  Masculin  Aucune personne ne tient lieu de père/mère

Si le parent biologique est décédé, veuillez indiquer la date du décès et joindre une copie du certificat de décès. \_\_\_\_\_ Année Mois Jour

Nom de famille \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Habitait-il avec la personne accidentée?  Oui  Non ▶ Inscrire l'adresse ci-dessous

Adresse Numéro Rue Appartement Case postale

Ville, village ou municipalité Province/État

Pays Code postal

Téléphone (résidence) Téléphone (travail) Poste Téléphone (autre)

\* Le terme *parent* désigne aussi bien les femmes que les hommes. Les parents peuvent être de sexe différent ou de même sexe.

**SI L'UN DES PARENTS DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE EST DÉCHU DE SON AUTORITÉ PARENTALE, JOINDRE UNE COPIE DU JUGEMENT DE DÉCHÉANCE.**

**Signature de la demande d'indemnité**

**17** Je certifie que les renseignements fournis dans la présente demande sont vrais. Dans l'éventualité où d'autres renseignements seraient nécessaires pour permettre d'établir le droit à une indemnité et le montant de celle-ci, j'autorise, conformément à l'article 83.17 de la Loi sur l'assurance automobile, la Société 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, la Régie de l'assurance maladie du Québec, etc.

**SIGNATURE DU REPRÉSENTANT**

X \_\_\_\_\_ Date Année Mois Jour

Veillez indiquer à quel titre vous agissez et fournir les renseignements demandés.

Conjoint  Père  Administrateur  Notaire  Autre, précisez : \_\_\_\_\_  
Mère de succession Avocat

M.  Mme Nom du représentant

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse si elle est différente de celle de la personne accidentée Numéro Rue Appartement Case postale

Ville, village ou municipalité Province/État

Pays Code postal

Téléphone (résidence) Téléphone (travail) Poste Téléphone (autre)

**Inscription au dépôt direct**

**18 REMPLISSEZ CETTE SECTION SEULEMENT SI VOUS DÉSIREZ VOUS INSCRIRE AU DÉPÔT DIRECT.**

Êtes-vous le seul titulaire de ce compte?  Oui  Non

Numéro de la succursale Numéro de l'institution Numéro de compte

Ces numéros apparaissent au bas de votre chèque. Si vous n'avez pas de chèque, votre institution financière peut vous fournir une preuve équivalente.

Nom de l'institution financière \_\_\_\_\_

J'autorise la Société de l'assurance automobile du Québec à déposer directement dans le compte mentionné ci-dessus, les montants qui me seront versés. J'autorise également la Société à communiquer les renseignements essentiels pour ce dépôt à l'institution financière de la Société et à celle mentionnée ci-dessus.

**Signature du bénéficiaire**

X \_\_\_\_\_ Date Année Mois Jour

**N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE PORTANT LA MENTION « ANNULÉ ». N'AGRAFEZ PAS LE CHÈQUE À VOTRE DEMANDE.**



**VEUILLEZ CONSULTER LE GUIDE À LA PARTIE 3 POUR SAVOIR SI VOUS DEVEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES.**

**A** Au moment de l'accident, la personne accidentée avait-elle un emploi?  Oui  Non ► **Si non, passez à la section B**

**POUR CHAQUE EMPLOI, VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS.**

Nom de l'employeur de la personne accidentée ou raison sociale de l'entreprise

Téléphone

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 :

Titre de l'emploi

Statut d'emploi

Salarié

► Veuillez faire remplir le formulaire **F2 Attestation de revenu par l'employeur.**

Autonome

► **Veillez fournir pour les trois dernières années :**

**– Résident du Québec**

Déclaration de revenus provinciale, ET

Avis de cotisation, ET

Formulaire TP-80 (*Revenus et dépenses d'entreprise ou de profession*) ou  État des résultats (revenus et dépenses)

**– Résident du Canada (hors Québec)**

Déclaration de revenus fédérale, ET

Avis de cotisation, ET

Formulaire T2125 (*État des résultats des activités d'une entreprise ou d'une profession libérale*) ou  État des résultats (revenus et dépenses)

**– Non résident du Canada**

Tout document officiel attestant le revenu indiqué par le travailleur autonome exigé par les autorités fiscales du pays ou territoire concerné (équivalant à Revenu Québec ou à l'Agence du revenu du Canada).

**SI L'ESPACE EST INSUFFISANT, VEUILLEZ FOURNIR LES MÊMES RENSEIGNEMENTS SUR UNE FEUILLE QUE VOUS JOINDREZ À CELLE-CI ET FAIRE REMPLIR LE FORMULAIRE F2. N'OUBLIEZ PAS D'INSCRIRE LE NUMÉRO DE RÉCLAMATION APPARAISSANT EN HAUT DE CETTE PAGE. VOUS POUVEZ UTILISER DES PHOTOCOPIES POUR LE FORMULAIRE F2.**

**B** Au moment de l'accident, la personne accidentée

était-elle inscrite à un programme scolaire  
comme étudiant à temps plein?

Oui

Non

► Si la personne accidentée avait 16 ans ou plus, veuillez faire remplir le formulaire **F4 D Attestation de fréquentation scolaire.**

travaillait-elle sans rémunération  
dans une entreprise familiale?

Oui

Non

recevait-elle des prestations  
d'assurance-emploi ou une  
allocation d'aide à l'emploi?

Oui

Non

► Veuillez faire remplir le formulaire **F3 Confirmation des prestations d'assurance-emploi perdues / Confirmation de l'allocation d'aide à l'emploi perdue.**

Au moment de l'accident, un employeur avait-il garanti un emploi à la personne accidentée?

Oui

Non

Nom de l'employeur ou raison sociale de l'entreprise

Téléphone

**Veillez demander le formulaire Confirmation d'embauche.**





**C** Au moment de l'accident, la personne accidentée était-elle déjà incapable de travailler?  Oui  Non ► **Si non, passez à la section D**

Était-elle incapable de travailler?  Temporairement  De façon permanente Depuis le : 

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Veillez décrire l'incapacité ou l'invalidité de la personne accidentée (avant l'accident)

---

**D** Au moment de l'accident, la personne accidentée recevait-elle

des indemnités pour accidents du travail de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail? ► N° du dossier : \_\_\_\_\_

des prestations pour invalidité de Retraite Québec?

une rente d'invalidité d'un autre organisme? ► Précisez : \_\_\_\_\_

Aucune rente

**E SI LA PERSONNE ACCIDENTÉE N'OCCUPAIT PAS UN EMPLOI À TEMPS PLEIN DEPUIS PLUS D'UN AN AU MOMENT DE L'ACCIDENT, VOUS DEVEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS.**

Scolarité

	Primaire	1	2	3	4	5	6	7		Année	Mois
Veillez encercler seulement le dernier niveau terminé	Secondaire	1	2	3	4	5	Date de la fin des études à temps plein :				
	Collégial	1	2	3				Diplômes obtenus et disciplines : _____			
	Universitaire	1 <sup>er</sup> cycle	2 <sup>e</sup> cycle	3 <sup>e</sup> cycle							

Au cours des cinq années précédant l'accident, y a-t-il eu des périodes où

l'occupation principale de la personne accidentée était de prendre soin, sans rémunération, d'un enfant de moins de 6 ans?  Oui ►  Non

la personne accidentée n'était pas disponible pour occuper un emploi pour cause de maladie, d'accident, etc.?  Oui ►  Non

	Année	Mois	Année	Mois		
du :					au :	
	Année	Mois	Année	Mois		Motifs
du :					au :	
du :					au :	
du :					au :	

La personne accidentée était-elle

titulaire d'un permis de qualification ou d'une licence professionnelle?  Oui  Non Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

membre d'un ordre professionnel?  Oui  Non Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

**Historique d'emploi** Veuillez indiquer tous les emplois que la personne accidentée a occupés au cours des cinq années précédant l'accident ou ses trois derniers emplois si elle n'a pas travaillé pendant cette période. **Ces renseignements sont nécessaires au traitement du dossier. Conservez toutes les pièces justificatives pour pouvoir nous les fournir sur demande.**

Période d'embauche (en commençant par la plus récente)	Nom de l'entreprise	Genre d'entreprise	Titre de l'emploi	Nombre d'heures		Revenu brut		
				travaillées par semaine	semaine normale d'un travailleur à temps plein dans cette entreprise			
De : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Année</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Mois</td></tr></table>	Année	Mois						\$
Année	Mois							
À : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Année</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Mois</td></tr></table>	Année	Mois						<input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine
Année	Mois							
De : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Année</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Mois</td></tr></table>	Année	Mois						\$
Année	Mois							
À : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Année</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Mois</td></tr></table>	Année	Mois						<input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine
Année	Mois							
De : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Année</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Mois</td></tr></table>	Année	Mois						\$
Année	Mois							
À : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Année</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Mois</td></tr></table>	Année	Mois						<input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine
Année	Mois							
De : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Année</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Mois</td></tr></table>	Année	Mois						\$
Année	Mois							
À : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Année</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Mois</td></tr></table>	Année	Mois						<input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine
Année	Mois							