

Avec vous,  
au cœur de votre sécurité

Nom du demandeur	Nom de la personne accidentée	
Adresse	Numéro de réclamation	
Ville, village ou municipalité	Date de la décision contestée	
Province ou territoire	Code postal	Numéro de communication

**Avant de remplir ce formulaire, vous pouvez communiquer avec votre agent d'indemnisation pour obtenir des explications additionnelles sur la ou les décisions rendues.**

Sujet de la décision contestée : \_\_\_\_\_

**Si vous désirez contester d'autres décisions également rendues au cours des 60 derniers jours, vous pouvez les indiquer ci-dessous :**

Date de la décision : \_\_\_\_\_ Numéro de communication : \_\_\_\_\_

Sujet : \_\_\_\_\_

Date de la décision : \_\_\_\_\_ Numéro de communication : \_\_\_\_\_

Sujet : \_\_\_\_\_

**Expliquez vos désaccords avec les décisions contestées (si l'espace est insuffisant, vous pouvez utiliser une autre feuille).**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numéros de téléphone : Résidence : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_

**Signature de la personne accidentée ou de la personne autorisée à agir en son nom** Date (Année-Mois-Jour)

Si vous agissez au nom de la personne accidentée, indiquez à quel titre :  Parent  Tuteur  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**À REMPLIR SEULEMENT SI VOUS MANDATEZ QUELQU'UN POUR VOUS REPRÉSENTER**

J'autorise la personne mentionnée ci-dessous à me représenter pour ma demande de révision. Cette personne aura accès à tout renseignement touchant ma demande de révision et pourra discuter de tout sujet qui s'y rapporte. À cette fin, j'autorise la Société à communiquer à mon représentant tout renseignement inclus dans le présent dossier.

Nom du représentant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom de la firme ou de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_

**Signature de la personne accidentée** Date (Année-Mois-Jour)

**TROIS FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT :**

Service en ligne Envoi de documents : [saaq.gouv.qc.ca](http://saaq.gouv.qc.ca)

Télécopieur : 418 528-2611

Télécopieur sans frais : 1 866 349-2759

Poste : Société de l'assurance automobile du Québec

Édifice Jean-Lesage

Case postale 19150, succursale Terminus

Québec (Québec) G1K 9C3

**Conservez l'original ou une copie pour vos dossiers.**