



Numéro de réclamation

À remplir par la personne accidentée ou son représentant

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

À remplir par l'employeur

Nom ou raison sociale			
Adresse (numéro, rue, ou case postale)			
Ville, village ou municipalité	Province	Pays	Code postal

NOTE :

La Société entend par emploi garanti, l'emploi que la personne accidentée aurait exercé si l'accident n'avait pas eu lieu.

Date d'entrée en fonction prévue :	Année	Mois	Jour	Date où cette personne vous a offert ses services :	Année	Mois	Jour
Date de fin prévue : (s'il y a lieu)	Année	Mois	Jour	Date où l'engagement de cette personne a été confirmé :	Année	Mois	Jour

Genre d'emploi :

À temps plein À temps partiel

Temporaire Autre, précisez : _____

Nombre d'heures travaillées par semaine : _____ h

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

Titre de l'emploi : _____

Décrivez les principales tâches qu'aurait exercées cette personne :

Revenu brut \$

heure jour semaine

année Autre, précisez : _____

Autres revenus réguliers qui ne seront pas versés à la suite de l'accident	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	\$

Nous certifions que les renseignements sont vrais et complets.

Signature de l'employeur ou de son représentant autorisé	Titre
Signature du directeur du personnel	Année Mois Jour Téléphone

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.

NE RIEN ÉCRIRE ICI