Société de l'assurance automobile Québec

Formation et expérience professionnelle

Effacer

Renseignements sur la personne accidentée		Numéro de réclamation
Nom de famille	Prénom	

1. Formation de la personne accidentée

Date de début des études à temps plein (A A A A M M)	Date de fin des études à temps plein (A A A A M M)
Quel est le diplôme ou le certificat obtenu?	Discipline

Niveau de scolarité réussi (encerclez le niveau) :

Primaire 1 2 3 4 5 6 7
Secondaire 1 2 3 4 5
Collégial 1 2 3
Universitaire 1 2 3 4 5 ou plus : _____
Précisez : _____

Possédiez-vous une licence professionnelle ou un permis de qualification valide à la date de l'accident?

☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez le type : _____

Licence professionnelle nº : _____ Permis de qualification nº : _____

Date de délivrance : A A A A M M J J Date de délivrance : A A A A M M J J

Étiez-vous membre d'un ordre professionnel à la date de l'accident?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez : _____

2. Expérience professionnelle de la personne accidentée — emplois antérieurs

Veuillez inscrire les emplois exercés au cours des cinq dernières années. Si vous n'avez pas occupé d'emploi au cours des 5 dernières années, veuillez inscrire les 3 derniers emplois occupés. Si l'espace est insuffisant, joindre une feuille supplémentaire.
***** Ces renseignements sont essentiels pour déterminer le montant de la rente. *****

① À temps plein ② À temps partiel ③ Autres, précisez : _____

Date (en commençant par le plus récent)		Nom de l'employeur	Emploi occupé	Genre d'emploi (1 à 3)	Nombre d'heures		Revenu brut
De	À				Travaillées par semaine (excluant le temps suppl.)	Semaine normale de l'entreprise	
A A A A M M	A A A A M M						☐ h ☐ sem. _____ $
A A A A M M	A A A A M M						☐ h ☐ sem. _____ $
A A A A M M	A A A A M M						☐ h ☐ sem. _____ $
A A A A M M	A A A A M M						☐ h ☐ sem. _____ $
A A A A M M	A A A A M M						☐ h ☐ sem. _____ $
A A A A M M	A A A A M M						☐ h ☐ sem. _____ $

Au cours des cinq dernières années, y a-t-il des périodes où vous n'étiez pas apte à exercer un emploi pour cause de maladie, d'accident de travail, de retrait préventif, etc.?

☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez le type d'emploi :

Périodes		Raisons
De	À	
A A A A M M	A A A A M M	
A A A A M M	A A A A M M	
A A A A M M	A A A A M M	

Parmi les emplois antérieurs énumérés ci-dessus, y a-t-il des emplois que vous ne pouviez plus exercer régulièrement et à temps plein avant l'accident ou la rechute?

☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez les inscrire et préciser pourquoi : _____

Je certifie, en toute bonne foi, que les renseignements fournis sont vrais.

X _____ A A A A M M J J
Signature de la personne accidentée majeure ou du représentant de la personne accidentée — Date

CONSERVEZ TOUTES VOS PIÈCES JUSTIFICATIVES AFIN DE NOUS LES FOURNIR SUR DEMANDE.
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

IE

Imprimer le formulaire