



Confirmation des prestations d'assurance-emploi perdues

Confirmation de l'allocation d'aide à l'emploi perdue

► Cette confirmation vous est demandée à la suite: d'un accident ou d'une rechute



Renseignements sur la personne accidentée

Vous devez remplir cette section.

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

<input type="checkbox"/> J'autorise Emploi et Développement social Canada à fournir les renseignements à la Société de l'assurance automobile du Québec.	<input type="checkbox"/> J'autorise Emploi-Québec à fournir les renseignements à la Société de l'assurance automobile du Québec.
Signature de la personne accidentée majeure ou du représentant de la personne accidentée	Signature de la personne accidentée majeure ou du représentant de la personne accidentée

Pour les prestations d'assurance-emploi	Pour l'allocation d'aide à l'emploi dans le cadre des mesures actives d'Emploi-Québec
Vous devez faire remplir cette section par le bureau de Service Canada concerné.	Vous devez faire remplir cette section par le centre local d'emploi du Québec concerné.
Numéro Rue	Numéro Rue
Case postale	Case postale
Ville, village ou municipalité Province Code postal	Ville, village ou municipalité Province Code postal
Y a-t-il eu perte du droit aux prestations d'assurance-emploi en raison de l'accident d'automobile ou de la rechute, selon le cas? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui , indiquez depuis quelle date: Année Mois Jour Combien restait-il de semaines de prestations ordinaires à payer au moment où le prestataire est devenu inadmissible en raison de l'accident d'automobile ou de la rechute, selon le cas, en incluant la semaine du début de l'inadmissibilité? _____ semaines Date de fin prévue des prestations: Année Mois Jour Indiquez le montant brut hebdomadaire payable: _____ \$	Type de programme ► Y a-t-il eu perte du droit à l'allocation d'aide à l'emploi en raison de l'accident d'automobile ou de la rechute, selon le cas? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui , indiquez depuis quelle date: Année Mois Jour Date de fin prévue: Année Mois Jour Indiquez le montant brut hebdomadaire payable en excluant les frais supplémentaires: _____ \$
PERSONNE AUTORISÉE DU BUREAU DE SERVICE CANADA	PERSONNE AUTORISÉE DU CENTRE LOCAL D'EMPLOI DU QUÉBEC
Signature Date Année Mois Jour	Signature Date Année Mois Jour
X	X
Nom de la personne autorisée (en caractères d'imprimerie) Téléphone	Nom de la personne autorisée (en caractères d'imprimerie) Téléphone

NE RIEN ÉCRIRE ICI

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.

Numéro de réclamation