

Avec VOUS,  
au cœur de votre sécurité

Date de l'accident ou de la rechute,  
selon le cas

Vous remplissez ce formulaire à la suite :  d'un accident **ou**  d'une rechute

A A A A M M J J J

Nom et prénom de la personne accidentée	Numéro de réclamation
---	-----------------------

**A) Conjoint de la personne accidentée (le conjoint est toujours considéré comme une personne à charge, même s'il travaille)**

La personne accidentée avait-elle un conjoint au moment de l'accident ou de la rechute, selon le cas?  Oui  Non  
Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants sur le conjoint :

Nom de famille actuel  Sexe  M  F Date de naissance

Prénom  Invalide  Oui  Non Numéro d'assurance maladie

Nom de famille à la naissance s'il diffère du nom actuel  Numéro d'assurance sociale

Adresse actuelle si elle diffère de l'adresse de la personne accidentée  
Numéro  Rue  Appartement

Ville, village ou municipalité  Code postal

Case postale  Succursale postale

Province  Le conjoint demeure à cette adresse depuis le :

Pays

**Au moment de l'accident ou de la rechute, selon le cas,**  
le conjoint était-il marié légalement à la personne accidentée?  Oui  Non Si non, depuis quand le conjoint vivait-il avec la personne accidentée sans être marié?

**Au moment de l'accident ou de la rechute, selon le cas,**  
un enfant était-il né de cette union?  Oui  Non  
un enfant était-il à naître de cette union?  Oui  Non

**B) Ex-conjoint de la personne accidentée (veuillez joindre les jugements conditionnel et irrévocable du divorce ou de la séparation et, s'il y a lieu, la convention)**

Nom  Sexe  M  F Date de naissance

Prénom  Date du divorce ou de la séparation  Numéro d'assurance maladie

Adresse  
Numéro  Rue  Appartement

Ville, village ou municipalité  Code postal

Case postale  Succursale postale  Invalide  Oui  Non

Province

Pays  Montant annuel de la pension alimentaire versée par la personne accidentée :  \$

**C) Enfants de la personne accidentée**

**1 Au moment de l'accident ou de la rechute, selon le cas, la personne accidentée :**

— avait-elle la charge financière de cet enfant?  Oui  Non — prenait-elle soin de cet enfant?  Oui  Non

Nom  Sexe  M  F Date de naissance

Prénom  Invalide  Oui  Non Numéro d'assurance maladie

Adresse actuelle si elle diffère de l'adresse de la personne accidentée  
Numéro  Rue  Appartement

Ville, village ou municipalité  Code postal

Case postale  Succursale postale

Province  Niveau de scolarité en cours :

Pays  Depuis quelle date cet enfant est-il admis à suivre des cours de ce niveau?

Revenu brut annuel total (y compris l'assistance sociale ou l'aide financière semblable, l'assurance emploi, etc.), s'il y a lieu :  \$

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  
Édifice Jean-Lesage  
Case postale 2500, succursale Terminus  
Québec (Québec) G1K 8A2  
Conservez l'original ou une copie pour vos dossiers.

NE RIEN ÉCRIRE ICI

**2 Au moment de l'accident ou de la rechute, selon le cas, la personne accidentée :**

— avait-elle la charge financière de cet enfant?  Oui  Non — prenait-elle soin de cet enfant?  Oui  Non

Nom \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
 M  F | A A A A M M J J J J

Prénom \_\_\_\_\_ Invalide \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance maladie \_\_\_\_\_  
 Oui  Non

Adresse actuelle si elle diffère de l'adresse de la personne accidentée  
 Numéro \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ Appartement \_\_\_\_\_  
 Ville, village ou municipalité \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Case postale \_\_\_\_\_ Succursale postale \_\_\_\_\_ Niveau de scolarité en cours : \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Depuis quelle date cet enfant est-il admis à suivre des cours de ce niveau? \_\_\_\_\_  
 A A A A M M J J J J

Pays \_\_\_\_\_ Revenu brut annuel total (y compris l'assistance sociale ou l'aide financière semblable, l'assurance emploi, etc.), s'il y a lieu : \_\_\_\_\_ \$

**3 Au moment de l'accident ou de la rechute, selon le cas, la personne accidentée :**

— avait-elle la charge financière de cet enfant?  Oui  Non — prenait-elle soin de cet enfant?  Oui  Non

Nom \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
 M  F | A A A A M M J J J J

Prénom \_\_\_\_\_ Invalide \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance maladie \_\_\_\_\_  
 Oui  Non

Adresse actuelle si elle diffère de l'adresse de la personne accidentée  
 Numéro \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ Appartement \_\_\_\_\_  
 Ville, village ou municipalité \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Case postale \_\_\_\_\_ Succursale postale \_\_\_\_\_ Niveau de scolarité en cours : \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Depuis quelle date cet enfant est-il admis à suivre des cours de ce niveau? \_\_\_\_\_  
 A A A A M M J J J J

Pays \_\_\_\_\_ Revenu brut annuel total (y compris l'assistance sociale ou l'aide financière semblable, l'assurance emploi, etc.), s'il y a lieu : \_\_\_\_\_ \$

**Si l'espace est insuffisant, veuillez joindre une liste et indiquer le numéro de réclamation de la personne accidentée.**

**D) Autre personne****Au moment de l'accident ou de la rechute, selon le cas, la personne accidentée :**

— avait-elle la charge financière de cette personne?  Oui  Non — prenait-elle soin de cette personne?  Oui  Non

Nom \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
 M  F | A A A A M M J J J J

Prénom \_\_\_\_\_ Invalide \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance maladie \_\_\_\_\_  
 Oui  Non

Adresse actuelle si elle diffère de l'adresse de la personne accidentée  
 Numéro \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ Appartement \_\_\_\_\_  
 Ville, village ou municipalité \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Case postale \_\_\_\_\_ Succursale postale \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Lien de parenté avec la personne accidentée : \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_ Revenu brut annuel : \_\_\_\_\_ \$

**Si l'espace est insuffisant, veuillez joindre une liste et indiquer le numéro de réclamation de la personne accidentée.**

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

**X** \_\_\_\_\_ | A A A A M M J J J J  
 Signature de la personne accidentée majeure ou du représentant de la personne accidentée Date

**Renseignements personnels**

La Société ne recueille que les renseignements personnels qui sont indispensables à l'exercice de ses attributions et à l'application des lois dont elle a la responsabilité en tout ou en partie. Son personnel autorisé traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils peuvent être communiqués à nos mandataires et à certains ministères et organismes, y compris ceux situés à l'extérieur du Québec, le tout conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Ils peuvent aussi servir aux fins de production de statistiques, d'étude, de sondage, d'enquête ou de vérification. Omettre de les fournir peut entraîner un refus du service demandé. Vous pouvez consulter les renseignements personnels vous concernant, en obtenir une copie ou les faire corriger.

Pour plus d'information, consultez la Politique de confidentialité de la Société à [saaq.gouv.qc.ca/confidentialite](http://saaq.gouv.qc.ca/confidentialite) ou téléphonez au Centre de relations avec la clientèle de la Société.

**NE RIEN ÉCRIRE ICI**