

Numéro de réclamation

L'article 69 de la Loi sur l'assurance automobile prévoit qu'une indemnité peut être refusée ou que le paiement peut être **discontinué ou suspendu** par décision de la **Société**, lorsque le réclamant fournit des renseignements faux ou inexacts, ou refuse ou néglige de fournir les renseignements requis pour l'application de la présente loi.

Renseignements sur la personne accidentée

Nom, prénom

Adresse (numéro, rue, appartement, municipalité)

Case postale

Province

Code postal

Téléphone
Ind. rég.

État civil actuel de la personne accidentée

Marié(e)

Veuf(ve)

Séparé(e) légalement

Union de fait

Célibataire

Divorcé(e)

Séparé(e) de fait

Religieux(se)

Depuis le :

Année Mois Jour

► **Si la personne accidentée a présentement un conjoint, veuillez nous fournir les renseignements suivants :**

Nom de famille du conjoint

Prénom du conjoint

Numéro d'assurance maladie du conjoint

Nom de famille à la naissance si différent de celui ci-dessus

Numéro d'assurance sociale du conjoint

Date de naissance
Année Mois Jour

Adresse actuelle du conjoint si différente de celle de la personne accidentée

Renseignements complémentaires

La personne accidentée verse-t-elle actuellement une pension alimentaire ? Oui Non

► Si oui, veuillez nous fournir les précisions suivantes :

Date du début de la pension alimentaire : Année Mois Jour

Montant annuel actuellement versé : \$

N.B. Joindre le jugement concernant la pension alimentaire si vous n'avez pas déjà fourni ce document à la **Société**.

Note : S'il y a des changements concernant les personnes à charge, remplir et retourner ce formulaire à la Société de l'assurance automobile du Québec de façon à voir s'il y a lieu d'augmenter le montant de l'indemnité de remplacement du revenu de la personne accidentée.

Voir au verso pour la description des personnes à charge.

Acheminer par courrier : Société de l'assurance automobile du Québec, Case postale 2500, succ. Terminus, Québec (Québec) G1K 8A2

Par télécopieur : 1 866 289-7952

1^{re} Personne à charge

Nom	Prénom	Date de naissance Année Mois Jour	Numéro d'assurance maladie

Au cours des 12 derniers mois, cette personne a-t-elle fréquenté à temps plein :

A) Une institution de niveau primaire ou secondaire ? Oui Non ► **Si oui**, préciser le nom de l'institution : _____

B) Une institution de niveau post-secondaire (CEGEP, collège, université ou autre) ? Oui Non
Si oui, préciser le nom de l'institution fréquentée à chacun des trimestres :

_____ Hiver (janvier à avril) _____ Été (mai à août) _____ Automne (septembre à décembre)

2^e Personne à charge

Nom	Prénom	Date de naissance Année Mois Jour	Numéro d'assurance maladie

Au cours des 12 derniers mois, cette personne a-t-elle fréquenté à temps plein :

A) Une institution de niveau primaire ou secondaire ? Oui Non ► **Si oui**, préciser le nom de l'institution : _____

B) Une institution de niveau post-secondaire (CEGEP, collège, université ou autre) ? Oui Non
Si oui, préciser le nom de l'institution fréquentée à chacun des trimestres :

_____ Hiver (janvier à avril) _____ Été (mai à août) _____ Automne (septembre à décembre)

3^e Personne à charge

Nom	Prénom	Date de naissance Année Mois Jour	Numéro d'assurance maladie

Au cours des 12 derniers mois, cette personne a-t-elle fréquenté à temps plein :

A) Une institution de niveau primaire ou secondaire ? Oui Non ► **Si oui**, préciser le nom de l'institution : _____

B) Une institution de niveau post-secondaire (CEGEP, collège, université ou autre) ? Oui Non
Si oui, préciser le nom de l'institution fréquentée à chacun des trimestres :

_____ Hiver (janvier à avril) _____ Été (mai à août) _____ Automne (septembre à décembre)

4^e Personne à charge

Nom	Prénom	Date de naissance Année Mois Jour	Numéro d'assurance maladie

Au cours des 12 derniers mois, cette personne a-t-elle fréquenté à temps plein :

A) Une institution de niveau primaire ou secondaire ? Oui Non ► **Si oui**, préciser le nom de l'institution : _____

B) Une institution de niveau post-secondaire (CEGEP, collège, université ou autre) ? Oui Non
Si oui, préciser le nom de l'institution fréquentée à chacun des trimestres :

_____ Hiver (janvier à avril) _____ Été (mai à août) _____ Automne (septembre à décembre)

Je certifie que les renseignements fournis sont vrais et complets au meilleur de ma connaissance.

Signature de la personne accidentée ou du représentant

Année Mois Jour

Date

Veuillez nous retourner cette formule, **remplie et signée**, dans les plus brefs délais possibles dans l'enveloppe ci-jointe.