



Renseignements sur la personne accidentée

1 Numéro de permis de conduire du Québec | Numéro d'assurance sociale | Numéro d'assurance maladie

Nom de famille à la naissance | Sexe
 Féminin Masculin

Prénom | Date de naissance
 Année | Mois | Jour

Nom de famille actuel s'il diffère du nom à la naissance

État civil au moment de l'accident
 Marié ou en union civile En union de fait Célibataire Veuf Divorcé Séparé légalement Séparé de fait

Langue de correspondance
 Français Anglais

Adresse de la personne accidentée

2 Numéro | Rue | Appartement | Case postale

Ville, village ou municipalité | Province/État

Pays | Code postal

Téléphone de jour (principal) | Poste | Téléphone de jour (secondaire) | Poste

Accident

3 Date et heure de l'accident
 Année | Mois | Jour | Heure | Minute | AM PM

Dans cet accident, vous étiez :
 Conducteur Passager Piéton Cycliste

Type de véhicule occupé
 Automobile, 4 X 4, VUS, mini-fourgonnette Camion Motocyclette Autre, précisez :
 Autobus Cyclomoteur

Numéro de plaque d'immatriculation du véhicule occupé | Province, État ou pays du véhicule occupé

Lieu de l'accident (ville, village ou municipalité) | A l'extérieur du Québec, indiquez la province, l'État ou le pays

Un véhicule immatriculé à l'extérieur du Québec est-il impliqué dans l'accident? Oui Non Ne sais pas

4 Veuillez décrire de façon détaillée et complète les faits entourant l'accident. *(Si l'espace est insuffisant, joindre une feuille supplémentaire)*

5 Un rapport d'accident a-t-il été rédigé par un policier? Oui Non Ne sais pas

Un constat amiable a-t-il été rédigé? Oui Non Ne sais pas

S'il n'y a aucun rapport ou constat, y a-t-il un témoin de l'accident que nous pouvons joindre? Oui Non

Nom du témoin | Téléphone

Prénom

Numéro du rapport (s'il est connu)

Si l'accident est survenu à l'extérieur du Québec, joindre une copie du rapport d'accident si vous l'avez en votre possession.

6 L'accident d'automobile est survenu

- pendant que vous étiez au travail Oui Non
- lors d'un acte criminel Oui Non
- en portant secours à une personne en détresse Oui Non

NE RIEN ÉCRIRE ICI



Prestations ou rente d'un autre organisme (Consultez le guide au besoin)

11 Au moment de l'accident, est-ce que vous receviez des prestations ou une rente pleine ou réduite d'un autre organisme (ex. ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, CNESST, Retraite Québec, etc.)?

Oui ▶ Nom de l'organisme _____

Non

Remboursement des frais*

12 Dans cet accident, les articles suivants ont-ils été endommagés?

Lunettes prescrites Verres de contact

Prothèses ou orthèses ▶ Précisez : _____

Vêtements ▶ Précisez : _____

***Joindre vos factures ou reçus pour tous les frais de remplacement des articles dont vous réclamez le remboursement et inscrire votre numéro de réclamation sur chacun.**

13 En raison de l'accident, avez-vous ou prévoyez-vous déboursier des sommes pour (consultez le guide au besoin) :

Frais de garde

Aide personnelle (ménage, repas, hygiène personnelle)

Allocation de disponibilité (nécessité d'accompagnement pour des traitements et des visites médicales)

Traitements physiques ou psychologiques **prescrits**

Achat de médicaments ▶

Autres frais ▶ Précisez : _____

Service de remboursement automatisé des frais de médicaments à la pharmacie

Dès l'admissibilité de votre dossier, vous pourrez recevoir vos médicaments à la pharmacie **sans rien déboursier**.

▶ Pour ce faire, vous devez **obligatoirement** avoir inscrit votre numéro d'assurance maladie à la section 1.

▶ La Société communiquera avec vous pour vous informer des modalités du service.

14 Avez-vous eu des frais de **déplacement**, de **séjour** ou de **repas** pour recevoir des soins? Oui Non ▶ (Si non, passez à la section 15)

Si oui, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous. **Conservez vos reçus pour une période de trois ans, afin de pouvoir nous les fournir sur demande.**

Date des déplacements			Km aller/retour si automobile	Autres moyens de transport ou stationnement	Montant réclamé (stationnement et taxi)	Frais de séjour ou de repas	Consultations médicales	
Année	Mois	Jour					Lieu	Raison

Signature de la demande d'indemnité

15 Je certifie que les renseignements fournis dans la présente demande sont vrais. Dans l'éventualité où d'autres renseignements seraient nécessaires pour permettre d'établir le droit à une indemnité et le montant de celle-ci, j'autorise, conformément à l'article 83.17 de la Loi sur l'assurance automobile, la Société à obtenir ces renseignements auprès des organismes qui les détiennent tels que Retraite Québec, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, la Régie de l'assurance maladie du Québec, etc.

SIGNATURE DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE MAJEURE OU DU REPRÉSENTANT DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE, SINON NOUS NE POUVONS VOUS VERSER AUCUN MONTANT.

Date

Année Mois Jour

X

Si la demande est signée par le représentant autorisé, veuillez indiquer à quel titre vous agissez et fournir les renseignements demandés.

Père ou mère d'un enfant mineur Tuteur datif ou curateur (joindre copie du jugement) Autre, précisez : _____

M. Nom du représentant _____

Mme Prénom _____

Adresse si elle est différente de celle de la personne accidentée

Numéro Rue Appartement Case postale

Ville, village ou municipalité Province/État

Pays Code postal

Téléphone de jour (principal) Poste Téléphone de jour (secondaire) Poste



Autorisation de communiquer des renseignements médicaux (Consultez le guide au besoin)

16 Nom de famille à la naissance de la personne accidentée

Prénom _____

Nom de famille actuel s'il est différent _____ Numéro d'assurance maladie _____

Autorisation de communiquer des renseignements au médecin traitant et à tout autre professionnel de la santé

« J'autorise par la présente, le médecin évaluateur, les autres professionnels de la santé, le conseiller en services aux accidentés et l'agent d'indemnisation de la Société de l'assurance automobile du Québec à communiquer au besoin des renseignements médicaux me concernant à mon médecin traitant et à tout autre professionnel de la santé. Je comprends qu'un résumé de la communication verbale sera versé à mon dossier. »

Une photocopie ou une reproduction sur un support électronique de cette autorisation a la même valeur que l'original, en vertu des articles 2840 et 2841 du Code civil du Québec.

Signature de la personne accidentée majeure ou du représentant de la personne accidentée

X _____

Date
Année Mois Jour

Inscription au dépôt direct (Consultez le guide au besoin)

17 REMPLISSEZ CETTE SECTION SEULEMENT SI VOUS DÉSIREZ VOUS INSCRIRE AU DÉPÔT DIRECT.

Êtes-vous le seul titulaire de ce compte? Oui Non

Numéro de la succursale Numéro de l'institution Numéro de compte

Ces numéros apparaissent au bas de votre chèque. Si vous n'avez pas de chèque, votre institution financière peut vous fournir une preuve équivalente.

Nom de l'institution financière _____

J'autorise la Société de l'assurance automobile du Québec à déposer directement dans le compte mentionné ci-dessus, les montants qui me seront versés. J'autorise également la Société à communiquer les renseignements essentiels pour ce dépôt à l'institution financière de la Société et à celle qui est mentionnée ci-dessus.

Signature de la personne accidentée majeure ou du représentant de la personne accidentée

X _____

Date
Année Mois Jour

N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE PORTANT LA MENTION « ANNULÉ ». N'AGRAFEZ PAS LE CHÈQUE À VOTRE 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

Conservez l'original ou une copie pour vos dossiers.