

**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

Prénom |  Féminin  Masculin

Nom de famille actuel s'il diffère du nom à la naissance | Date de naissance  
Année | Mois | Jour

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 |  Autobus |  Motocyclette |  Cyclomoteur |  Autre, précisez:

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 (Joindre une copie)  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, CSST, Régie des rentes, 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**  
 Autres frais ► Précisez : \_\_\_\_\_

Achat de médicaments ►

**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 la Régie des rentes du Québec, la Commission 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  Autre, précisez : \_\_\_\_\_  
 (joindre copie du jugement)

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 : [www.saaq.gouv.qc.ca](http://www.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.*