Société de l'assurance automobile Québec

Attestation de revenu par l'employeur

Selon la loi, tout employeur doit, à la demande de la Société, lui fournir dans les 6 jours qui suivent, une attestation de revenu d'un(e) de ses employés qui fait une demande d'indemnité à la Société.

F2

Identité de la personne accidentée

Vous devez remplir cette section

Nom de famille à la naissance

Prénom

Numéro d'assurance sociale

Date de l'accident
Année Mois Jour

Adresse
Numéro Rue

Appartement

Case postale

Ville / Municipalité

Province / État

Pays

Code postal

Emploi

Vous devez faire remplir cette section par l'employeur si vous êtes un **travailleur salarié**

Nom ou raison sociale de l'employeur

Adresse
Numéro Rue

Case postale

Ville / Municipalité

Province / État

Pays

Code postal

Titre de l'emploi **(Joindre une copie de la description d'emploi)**

Date d'embauche
Année Mois Jour

Date de fin prévue (s'il y a lieu)
Année Mois Jour

Genre d'emploi : ☐ Temps plein ☐ Temps partiel ☐ Temporaire

☐ Autre, précisez :

Nombre d'heures travaillées par semaine (s'il s'agit d'un emploi sur appel, inscrire la moyenne des heures travaillées durant la dernière année) : h

Semaine normale d'un travailleur exerçant les mêmes fonctions à temps plein dans cette entreprise : h

Salaire brut

$ ☐ Par heure ☐ Par semaine ☐ Par année

☐ Autre, précisez :

Date d'arrêt du travail à la suite de l'accident automobile
Année Mois Jour

Date réelle de retour au travail
Année Mois Jour

Au moment de l'accident, cette personne était-elle déjà en incapacité ?

☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez :

L'accident d'automobile est-il survenu dans le cadre du travail de cette personne ? ☐ Oui ☐ Non

Autres revenus réguliers qui ne seront pas versés à la suite de l'accident	Montant sur une base annuelle
Heures supplémentaires effectuées sur une base régulière	
Primes de nuit, d'éloignement ou autre	
Pourboires	
Commissions	
Bonis	
Montants versés pour la participation aux profits de l'entreprise	
Dividendes reçus en compensation du travail accompli	
Valeur en espèces de l'utilisation à des fins personnelles d'une automobile ou d'un logement fourni par l'employeur	
Allocation pour l'utilisation d'équipements et de vêtements	
Total	$

Déclaration

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont vrais et complets.

Signature de l'employeur

Date
Année Mois Jour

Nom (en caractères d'imprimerie)

Titre ou fonction

Téléphone
Ind. rég.

NE RIEN ÉCRIRE ICI

Numéro de la réclamation

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

AR

Société de l'assurance automobile du Québec

6016 49 (2010-04)

RETOURNEZ À LA SOCIÉTÉ À L'ADRESSE INDIQUÉE CI-DESSUS