

**Identité de la victime**

**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 différent du nom à la naissance \_\_\_\_\_

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

Langue de correspondance  Français  Anglais

**Adresse de la victime**

**2** Numéro \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ Appartement \_\_\_\_\_ Case postale \_\_\_\_\_

Ville/Municipalité \_\_\_\_\_ Province/État \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone (résidence) Ind. rég. \_\_\_\_\_ Téléphone (autre) \_\_\_\_\_

**Accident**

**3** Date et heure de l'accident Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ Minute \_\_\_\_\_  AM  PM

Dans cet accident, la victime était :  Conducteur  Passager  Piéton  Cycliste

Type de véhicule occupé  Automobile, camionnette, mini-fourgonnette  Camion  Motocyclette  Autre, précisez : \_\_\_\_\_  
 Autobus  Cyclomoteur

Numéro de plaque d'immatriculation \_\_\_\_\_ Province, État ou pays \_\_\_\_\_

Lieu de l'accident (ville/municipalité) \_\_\_\_\_ À 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**

Veillez décrire brièvement les faits entourant l'accident

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5**

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

Numéro du rapport d'accident (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 est survenu

dans le cadre du travail  Oui  Non

lors d'un acte criminel  Oui  Non

en portant secours à une personne en détresse  Oui  Non

**NE RIEN ÉCRIRE ICI**

**DD**



**Conjoint\* de la victime**

**11** \* CONJOINT DÉSIGNE AUSSI BIEN LES FEMMES QUE LES HOMMES. IL PEUT ÊTRE DE MÊME SEXE OU DE SEXE DIFFÉRENT.

Au moment du décès, la victime avait-elle un conjoint ?  Oui  Non ► **Passez à la section 13**

Était-elle:  Légalement mariée (**joindre le certificat de mariage**) ou en union civile Année Mois  
 En union de fait Depuis le ?

De cette union,

- un enfant était-il né ?  Oui  Non
- un enfant allait-il naître ?  Oui  Non
- un enfant avait-il été adopté par la victime et son conjoint ?  Oui  Non
- un des conjoints avait-il adopté un enfant de l'autre ?  Oui  Non

Si **oui**, joindre le jugement d'adoption

Nom du conjoint à la naissance

Prénom

Sexe  Féminin  Masculin

Date de naissance Année Mois Jour

Numéro d'assurance maladie

Ce conjoint demeurerait-il à la même adresse que la victime au moment de l'accident ?  Oui  Non ► il demeurerait à l'adresse ci-dessous depuis le Année Mois

Adresse Numéro Rue Appartement Case postale

Ville/Municipalité Province/État

Pays Code postal

Téléphone (résidence) Ind. rég. Téléphone (travail) Ind. rég. Poste Téléphone (autre)

**12** Ce conjoint est-il invalide ?  Oui  Non Si **oui**, joindre un rapport médical attestant l'invalidité du conjoint si la victime a moins de 45 ans.

**Ex-conjoint\* de la victime**

**13** \* EX-CONJOINT DÉSIGNE AUSSI BIEN LES FEMMES QUE LES HOMMES. IL PEUT ÊTRE DE MÊME SEXE OU DE SEXE DIFFÉRENT.

Au moment du décès, la victime avait-elle un ex-conjoint?  Oui ► **Joindre une copie des documents officiels de séparation et de divorce**  
 Non ► **Passez à la section 15**

Au moment du décès, la victime devait-elle verser, en vertu d'un jugement ou d'une convention, une pension alimentaire à l'ex-conjoint (**excluant la pension versée pour les enfants**) ?  Oui ► **Joindre une copie des documents officiels attestant le montant**  
 Non

Nom de l'ex-conjoint à la naissance

Prénom

Sexe  Féminin  Masculin

Date de naissance Année Mois Jour

Adresse Numéro Rue Appartement Case postale

Ville/Municipalité Province/État

Pays Code postal

Téléphone (résidence) Ind. rég. Téléphone (travail) Ind. rég. Poste Téléphone (autre)

**14** Cet ex-conjoint est-il invalide ?  Oui  Non Si **oui**, joindre un rapport médical attestant l'invalidité de l'ex-conjoint.

**Personnes à charge**

**15** Au moment de l'accident, la victime avait-elle des personnes à charge ?  Oui  Non ► **Passez à la section 16**

**POUR CHAQUE ENFANT OU AUTRE PERSONNE QUI ÉTAIT À LA CHARGE DE LA VICTIME, VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS ET JOINDRE LE CERTIFICAT DE NAISSANCE DÉLIVRÉ PAR LE DIRECTEUR DE L'ÉTAT CIVIL AVEC LE NOM DE LA MÈRE ET DU PÈRE.**

1. Nom		Sexe		Date de naissance		
Prénom		<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Année Mois Jour		
Numéro d'assurance maladie		Lien avec la victime				
		<input type="checkbox"/> Enfant biologique <input type="checkbox"/> Enfant du conjoint <input type="checkbox"/> Autre, précisez :				
Niveau de scolarité en cours		<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire ►			<input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire	
		<input type="checkbox"/> Professionnel			Faire remplir le formulaire F4 « Attestation de fréquentation scolaire » pour les personnes de 18 ans ou plus.	
Revenu brut annuel d'emploi (incluant les prestations de l'aide sociale, l'assurance emploi, etc.)		La victime :		Prenait-elle soin de cette personne ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Avait-elle la charge financière de cette personne ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Cette personne à charge :		Est-elle invalide ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Joindre un rapport médical attestant l'invalidité		Habite-t-elle avec la victime ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ► Inscrire l'adresse ci-dessous
Adresse Numéro Rue		Appartement		Case postale		
Ville/Municipalité		Province/État				
Pays		Code postal				
2. Nom		Sexe		Date de naissance		
Prénom		<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Année Mois Jour		
Numéro d'assurance maladie		Lien avec la victime				
		<input type="checkbox"/> Enfant biologique <input type="checkbox"/> Enfant du conjoint <input type="checkbox"/> Autre, précisez :				
Niveau de scolarité en cours		<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire ►			<input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire	
		<input type="checkbox"/> Professionnel			Faire remplir le formulaire F4 « Attestation de fréquentation scolaire » pour les personnes de 18 ans ou plus.	
Revenu brut annuel d'emploi (incluant les prestations de l'aide sociale, l'assurance emploi, etc.)		La victime :		Prenait-elle soin de cette personne ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Avait-elle la charge financière de cette personne ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Cette personne à charge :		Est-elle invalide ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Joindre un rapport médical attestant l'invalidité		Habite-t-elle avec la victime ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ► Inscrire l'adresse ci-dessous
Adresse Numéro Rue		Appartement		Case postale		
Ville/Municipalité		Province/État				
Pays		Code postal				
3. Nom		Sexe		Date de naissance		
Prénom		<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Année Mois Jour		
Numéro d'assurance maladie		Lien avec la victime				
		<input type="checkbox"/> Enfant biologique <input type="checkbox"/> Enfant du conjoint <input type="checkbox"/> Autre, précisez :				
Niveau de scolarité en cours		<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire ►			<input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire	
		<input type="checkbox"/> Professionnel			Faire remplir le formulaire F4 « Attestation de fréquentation scolaire » pour les personnes de 18 ans ou plus.	
Revenu brut annuel d'emploi (incluant les prestations de l'aide sociale, l'assurance emploi, etc.)		La victime :		Prenait-elle soin de cette personne ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Avait-elle la charge financière de cette personne ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Cette personne à charge :		Est-elle invalide ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Joindre un rapport médical attestant l'invalidité		Habite-t-elle avec la victime ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ► Inscrire l'adresse ci-dessous
Adresse Numéro Rue		Appartement		Case postale		
Ville/Municipalité		Province/État				
Pays		Code postal				

**Personnes à charge**

**15 PERSONNES À CHARGE (SUITE)**

**4. Nom** \_\_\_\_\_ Sexe  Féminin  Masculin Date de naissance Année Mois Jour

Prénom \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie \_\_\_\_\_ Lien avec la victime  Enfant biologique  Enfant du conjoint  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Niveau de scolarité en cours  Primaire  Secondaire  Général  Collégial  Universitaire  Professionnel **Faire remplir le formulaire F4 « Attestation de fréquentation scolaire » pour les personnes de 18 ans ou plus.**

Revenu brut annuel d'emploi (incluant les prestations de l'aide sociale, l'assurance emploi, etc.) \$ La victime : Prenait-elle soin de cette personne ?  Oui  Non  
 Avait-elle la charge financière de cette personne ?  Oui  Non

Cette personne à charge : Est-elle invalide ?  Oui  Non **Joindre un rapport médical attestant l'invalidité** Habita-t-elle avec la victime ?  Oui  Non **Inscrire l'adresse ci-dessous**

Adresse Numéro Rue Appartement Case postale

Ville/Municipalité Province/État

Pays Code postal

**5. Nom** \_\_\_\_\_ Sexe  Féminin  Masculin Date de naissance Année Mois Jour

Prénom \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie \_\_\_\_\_ Lien avec la victime  Enfant biologique  Enfant du conjoint  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Niveau de scolarité en cours  Primaire  Secondaire  Général  Collégial  Universitaire  Professionnel **Faire remplir le formulaire F4 « Attestation de fréquentation scolaire » pour les personnes de 18 ans ou plus.**

Revenu brut annuel d'emploi (incluant les prestations de l'aide sociale, l'assurance emploi, etc.) \$ La victime : Prenait-elle soin de cette personne ?  Oui  Non  
 Avait-elle la charge financière de cette personne ?  Oui  Non

Cette personne à charge : Est-elle invalide ?  Oui  Non **Joindre un rapport médical attestant l'invalidité** Habita-t-elle avec la victime ?  Oui  Non **Inscrire l'adresse ci-dessous**

Adresse Numéro Rue Appartement Case postale

Ville/Municipalité Province/État

Pays Code postal

**6. Nom** \_\_\_\_\_ Sexe  Féminin  Masculin Date de naissance Année Mois Jour

Prénom \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie \_\_\_\_\_ Lien avec la victime  Enfant biologique  Enfant du conjoint  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Niveau de scolarité en cours  Primaire  Secondaire  Général  Collégial  Universitaire  Professionnel **Faire remplir le formulaire F4 « Attestation de fréquentation scolaire » pour les personnes de 18 ans ou plus.**

Revenu brut annuel d'emploi (incluant les prestations de l'aide sociale, l'assurance emploi, etc.) \$ La victime : Prenait-elle soin de cette personne ?  Oui  Non  
 Avait-elle la charge financière de cette personne ?  Oui  Non

Cette personne à charge : Est-elle invalide ?  Oui  Non **Joindre un rapport médical attestant l'invalidité** Habita-t-elle avec la victime ?  Oui  Non **Inscrire l'adresse ci-dessous**

Adresse Numéro Rue Appartement Case postale

Ville/Municipalité Province/État

Pays Code postal

**S'IL Y A D'AUTRES PERSONNES À CHARGE, VEUILLEZ FOURNIR LA MÊME INFORMATION SUR UNE AUTRE FEUILLE QUE VOUS JOINDREZ À CELLE-CI. N'oubliez pas d'inscrire le numéro de réclamation apparaissant en haut de cette page.**

**Père et mère de la victime**

**VOUS DEVEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS SI LA VICTIME N'AVAIT NI CONJOINT, NI PERSONNE À CHARGE ET QU'ELLE ÉTAIT ÂGÉE DE MOINS DE 18 ANS. VEUILLEZ JOINDRE LE CERTIFICAT DE NAISSANCE DE LA VICTIME DÉLIVRÉ PAR LE DIRECTEUR DE L'ÉTAT CIVIL AVEC LE NOM DE LA MÈRE ET DU PÈRE.**

**16**

Identité du parent \*

Sexe  Père/mère biologique ou d'adoption  Personne qui tient lieu de père/mère depuis le  Année  Mois  Jour

Féminin  Masculin  Aucune personne ne tient lieu de père/mère

Nom de famille

Prénom

Adresse Numéro  Rue  Appartement  Case postale

Ville/Municipalité  Province/État

Pays  Code postal

Téléphone (résidence) Ind. rég.  Téléphone (travail) Ind. rég.  Poste  Téléphone (autre)

Si le parent biologique est décédé, veuillez indiquer la date du décès et joindre une copie du certificat de décès.  Année  Mois  Jour

Habitait-il avec la victime ?  Oui  Non ► Inscrire l'adresse ci-dessous

Identité du parent \*

Sexe  Père/mère biologique ou d'adoption  Personne qui tient lieu de père/mère depuis le  Année  Mois  Jour

Féminin  Masculin  Aucune personne ne tient lieu de père/mère

Nom de famille

Prénom

Adresse Numéro  Rue  Appartement  Case postale

Ville/Municipalité  Province/État

Pays  Code postal

Téléphone (résidence) Ind. rég.  Téléphone (travail) Ind. rég.  Poste  Téléphone (autre)

Si le parent biologique est décédé, veuillez indiquer la date du décès et joindre une copie du certificat de décès.  Année  Mois  Jour

Habitait-il avec la victime ?  Oui  Non ► Inscrire l'adresse ci-dessous

Identité du parent \*

Sexe  Père/mère biologique ou d'adoption  Personne qui tient lieu de père/mère depuis le  Année  Mois  Jour

Féminin  Masculin  Aucune personne ne tient lieu de père/mère

Nom de famille

Prénom

Adresse Numéro  Rue  Appartement  Case postale

Ville/Municipalité  Province/État

Pays  Code postal

Téléphone (résidence) Ind. rég.  Téléphone (travail) Ind. rég.  Poste  Téléphone (autre)

Si le parent biologique est décédé, veuillez indiquer la date du décès et joindre une copie du certificat de décès.  Année  Mois  Jour

Habitait-il avec la victime ?  Oui  Non ► Inscrire l'adresse ci-dessous

\* Parent désigne aussi bien les femmes que les hommes. Il peut être de même sexe ou de sexe différent.

**SI L'UN DES PARENTS DE LA VICTIME EST DÉCHU DE SON AUTORITÉ PARENTALE, JOINDRE UNE COPIE DU JUGEMENT DE DÉCHÉANCE.**

**16 PÈRE ET MÈRE DE LA VICTIME (SUITE)**

**VOUS DEVEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS SI LA VICTIME N'AVAIT NI CONJOINT, NI PERSONNE À CHARGE ET QU'ELLE ÉTAIT ÂGÉE DE MOINS DE 18 ANS. VEUILLEZ JOINDRE LE CERTIFICAT DE NAISSANCE DE LA VICTIME DÉLIVRÉ PAR LE DIRECTEUR DE L'ÉTAT CIVIL AVEC LE NOM DE LA MÈRE ET DU PÈRE.**

Identité du parent *		Année		Mois		Jour		Si le parent biologique est décédé, veuillez indiquer la date du décès et joindre une copie du certificat de décès.	Année		Mois		Jour		
Sexe	<input type="checkbox"/> Père/mère biologique ou d'adoption														
<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Personne qui tient lieu de père/mère ▶ depuis le														
<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Aucune personne ne tient lieu de père/mère														
Nom de famille															
Prénom															
Habite-t-il avec la victime ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶ Inscrivez l'adresse ci-dessous															
Adresse Numéro				Rue				Appartement				Case postale			
Ville/Municipalité								Province/État							
Pays								Code postal							
Téléphone (résidence) Ind. rég.				Téléphone (travail) Ind. rég.				Poste				Téléphone (autre)			

\* Parent désigne aussi bien les femmes que les hommes. Il peut être de même sexe ou de sexe différent.

**SI L'UN DES PARENTS DE LA VICTIME EST DÉCHU DE SON AUTORITÉ PARENTALE, JOINDRE UNE COPIE DU JUGEMENT DE DÉCHÉANCE.**

**Signature de la demande d'indemnité**

**17** Je certifie que les renseignements fournis dans la présente demande sont vrais. Dans l'éventualité où d'autres renseignements étaient 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, la Société de l'assurance automobile du Québec 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, etc.

**SIGNATURE DU REPRÉSENTANT**

**X**

Date

Année

Mois

Jour

**Veillez indiquer à quel titre vous agissez et fournir les renseignements demandés.**

- Conjoint  Père  Administrateur  Notaire  Autre, précisez :
- Mère  de succession  Avocat

M.  Mme

Nom du représentant

Prénom

Adresse si elle est différente de celle de la victime

Numéro

Rue

Appartement

Case postale

Ville/Municipalité

Province/État

Pays

Code postal

Téléphone (résidence) Ind. rég.

Téléphone (travail) Ind. rég.

Poste

Téléphone (autre)

**Inscription au dépôt direct**

**18** AVANT DE REMPLIR CETTE SECTION, VEUILLEZ CONSULTER LE GUIDE À LA PAGE 13.

Désirez-vous adhérer au dépôt direct ?  Oui ▼ Veuillez fournir les renseignements suivants  Non

Numéro de la succursale

N° 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 mentionnée ci-dessus.

**Signature du bénéficiaire**

**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.**

**VEUILLEZ CONSULTER LE GUIDE À LA PAGE 15 POUR SAVOIR SI VOUS DEVEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES.**

**A** Au moment de l'accident, la victime avait-elle un emploi ?  Oui  Non ► **Passez à la section B**

**POUR CHAQUE EMPLOI, VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS.**

Nom de l'employeur de la victime ou raison sociale de l'entreprise

Téléphone  
Ind. rég.

Date d'embauche

Date de fin prévue (s'il y a lieu)

Genre d'emploi

Année Mois Jour

Année Mois Jour

Temps plein  Temps partiel  Temporaire

Autre, précisez :

Nombre d'heures  
travaillées par  
semaine :

Titre de l'emploi

Statut d'emploi  Salarié ► Veuillez faire remplir le formulaire **F2 « Attestation de revenu par l'employeur »**.

Autonome ► **Veillez fournir pour les trois dernières années :**

**- Résident du Québec**

Déclaration de revenus provinciale, ET

Avis de cotisation, ET

Formulaire TP-80 (*Revenus et dépenses d'entreprise ou de profession*) ou  État des résultats (revenus et dépenses)

**- Résident du Canada (hors Québec)**

Déclaration de revenus fédérale, ET

Avis de cotisation, ET

Formulaire T2124 (*État des résultats des activités d'une entreprise*) ou  État des résultats (revenus et dépenses)

**- Non résident du Canada**

Tout document officiel attestant le revenu indiqué par le travailleur autonome exigé par les autorités fiscales du pays ou territoire concerné (équivalent à Revenu Québec ou à l'Agence du revenu du Canada).

**SI L'ESPACE EST INSUFFISANT, VEUILLEZ FOURNIR LES MÊMES RENSEIGNEMENTS SUR UNE FEUILLE QUE VOUS JOINDREZ À CELLE-CI ET FAITES REMPLIR LE FORMULAIRE F2. N'OUBLIEZ PAS D'INSCRIRE LE NUMÉRO DE RÉCLAMATION APPARAISSANT EN HAUT DE CETTE PAGE. VOUS POUVEZ UTILISER DES PHOTOCOPIES POUR LE FORMULAIRE F2.**

**B** Au moment de l'accident, la victime

était-elle inscrite à un programme scolaire  
comme étudiant à temps plein ?

Oui  
 Non

► Si la victime avait 16 ans ou plus, veuillez faire remplir le formulaire **F4 « Attestation de fréquentation scolaire »**.

travaillait-elle sans rémunération  
dans une entreprise familiale ?

Oui  
 Non

recevait-elle des prestations  
d'assurance emploi ou une  
allocation d'aide à l'emploi ?

Oui  
 Non

► Veuillez faire remplir le formulaire **F3 « Confirmation des prestations d'assurance-emploi perdues à la suite de l'accident ou de l'allocation d'aide à l'emploi perdue à la suite de l'accident »**.

Au moment de l'accident, un employeur avait-il garanti un emploi à la victime ?

Oui  
 Non

Nom de l'employeur ou raison sociale de l'entreprise

Téléphone  
Ind. rég.

**Veillez demander le formulaire « Confirmation d'embauche ».**

# Annexe Emploi(s) antérieur(s) - Qualification(s) - Invalidité

Numéro de réclamation

Page

9/9

**C** Au moment de l'accident, la victime était-elle déjà incapable de travailler ?  Oui  Non ► **Passez à la section D**

Était-elle incapable de travailler ?  Temporairement  De façon permanente Depuis quand 

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Veuillez décrire l'incapacité ou l'invalidité de la victime (avant l'accident)

**D** Au moment de l'accident, la victime recevait-elle

une rente de la Commission de la santé et de la sécurité du travail ? ► N° du dossier : \_\_\_\_\_

une rente d'invalidité de la Régie des rentes du Québec ?

une rente d'invalidité d'un autre organisme ? ► Précisez : \_\_\_\_\_

Aucune rente

**E** SI LA VICTIME N'OCCUPAIT PAS UN EMPLOI À TEMPS PLEIN DEPUIS PLUS D'UN AN AU MOMENT DE L'ACCIDENT, VOUS DEVEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS.

Scolarité

	Primaire	1	2	3	4	5	6	7		Année	Mois
Veuillez encercler seulement le dernier niveau terminé	Secondaire	1	2	3	4	5				Date de la fin des études à temps plein	
	Collégial	1	2	3							
	Universitaire	1 <sup>er</sup> cycle	2 <sup>e</sup> cycle	3 <sup>e</sup> cycle				Diplômes obtenus et disciplines :			

Au cours des cinq années précédant l'accident, y a-t-il eu des périodes où

l'occupation principale de la victime était de prendre soin, sans rémunération, d'un enfant de moins de 6 ans ?  Oui  Non

Année Mois                      Année Mois

du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

la victime n'était pas disponible pour occuper un emploi pour cause de maladie, d'accident, etc. ?  Oui  Non

Année Mois                      Année Mois

du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

Année Mois                      Année Mois

du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

Année Mois                      Année Mois

du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

Motifs

La victime était-elle

titulaire d'un permis de qualification ou d'une licence professionnelle ?  Oui  Non Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

membre d'une corporation professionnelle ?  Oui  Non Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

**Historique d'emploi**

Veuillez indiquer tous les emplois que la victime a occupés ou les trois derniers emplois si elle n'a pas travaillé au cours des cinq dernières années. **Ces renseignements sont nécessaires au traitement du dossier.**

**Conservez toutes les pièces justificatives pour pouvoir nous les fournir sur demande.**

	Période d'embauche (en commençant par la plus récente)	Nom de l'entreprise	Genre d'entreprise	Titre de l'emploi	Nombre d'heures		Revenu brut
					travaillées par semaine	semaine normale d'un travailleur à temps plein dans cette entreprise	
De:	Année Mois						\$
À:	Année Mois						<input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine
De:	Année Mois						\$
À:	Année Mois						<input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine
De:	Année Mois						\$
À:	Année Mois						<input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine
De:	Année Mois						\$
À:	Année Mois						<input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine

AUTRES

# Formulaires

---

**À remplir**

---

*s'il y a lieu*

## 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 \_\_\_\_\_

Adresse Numéro Rue \_\_\_\_\_

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

Province / État \_\_\_\_\_

Ville / Municipalité \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Appartement \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale \_\_\_\_\_

Date de l'accident Année Mois Jour \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_

Province / État \_\_\_\_\_

Ville / Municipalité \_\_\_\_\_

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	_____
<b>Total</b>	\$ _____

### 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

**Identité de la personne accidentée**

Vous devez remplir cette section

Nom de famille à la naissance			Date de l'accident			
Prénom		Numéro d'assurance sociale		Année	Mois	Jour
Adresse Numéro		Rue		Appartement		
Case postale		Ville / Municipalité				
Province / État			Pays		Code postal	

<input type="checkbox"/> J'autorise le Développement des ressources humaines du Canada à fournir les renseignements à la Société de l'assurance automobile du Québec. Signature de la personne accidentée ou de son(sa) représentant(e)	<input type="checkbox"/> J'autorise Emploi Québec à fournir les renseignements à la Société de l'assurance automobile du Québec. Signature de la personne accidentée ou de son(sa) représentant(e)
--	---

Pour les Prestations d'assurance-emploi	Pour l'Allocation d'aide à l'emploi dans le cadre des mesures actives d'Emploi Québec
Vous devez faire remplir cette section par votre Centre des ressources humaines du Canada	Vous devez faire remplir cette section par votre Centre local d'emploi du Québec
Numéro Rue Case postale Ville / Municipalité Province Code postal	Numéro Rue Case postale Ville / Municipalité Province Code postal
Y a-t-il eu perte du droit aux prestations d'assurance-emploi en raison de l'accident d'automobile? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Année Mois Jour Si <b>oui</b> , indiquez depuis quelle date Combien reste-t-il de semaines de prestations ordinaires à payer au moment où le prestataire est devenu inadmissible en raison de l'accident d'automobile, en incluant la semaine du début de l'inadmissibilité? _____ semaines Année Mois Jour Date de fin prévue des prestations Indiquez le taux brut hebdomadaire payable : _____ \$	Type de programme Y a-t-il eu perte du droit à l'allocation d'aide à l'emploi en raison de l'accident d'automobile? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Année Mois Jour Si <b>oui</b> , indiquez depuis quelle date Année Mois Jour Date de fin prévue Indiquez le montant brut hebdomadaire payable en excluant les frais supplémentaires : _____ \$
<b>PERSONNE AUTORISÉE DU CENTRE DES RESSOURCES HUMAINES</b>	<b>PERSONNE AUTORISÉE DU CENTRE LOCAL D'EMPLOI DU QUÉBEC</b>
Signature Date Année Mois Jour	Signature Date Année Mois Jour
Nom de la personne autorisée (en caractères d'imprimerie) Téléphone Ind. rég.	Nom de la personne autorisée (en caractères d'imprimerie) 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

Numéro de réclamation

**Identité de l'étudiant**

Vous devez remplir cette section

Nom de famille de l'étudiant

Prénom

Adresse  
Numéro

Rue

Appartement

Case postale

Ville / Municipalité

Province / État

Pays

Code postal

Nom de famille de la victime à la naissance

Prénom

Date de l'accident

Année

Mois

Jour

**Études**

Vous devez faire remplir cette section par l'établissement d'enseignement

Nom de l'établissement d'enseignement

Adresse  
Numéro

Rue

Case postale

Ville / Municipalité

Province / État

Pays

Code postal

Encerclez le niveau de scolarité en cours ou le niveau auquel la personne était admise au moment de l'accident

Secondaire 1 2 3 4 5

Universitaire 1<sup>er</sup> cycle 2<sup>e</sup> cycle 3<sup>e</sup> cycle

Collégial 1 2 3

**Remplir pour la victime seulement**

Indiquez dans quel programme la personne était admise au moment de l'accident :

Année Mois Jour

Date prévue de fin du programme d'études dans lequel la personne était inscrite ou engagée au moment de l'accident

**Déclaration**

La personne identifiée ci-dessus étudie-t-elle à votre établissement d'enseignement?  Oui  Non

Si oui, est-elle admise?  À temps plein  À temps partiel

Date de début Année Mois Jour Date de fin Année Mois Jour

Pour quelle période?

Nombre de cours par semaine? \_\_\_\_\_ Nombre d'heures de cours par semaine? \_\_\_\_\_

Signature de la personne autorisée

Date Année Mois Jour

X

Nom de la personne autorisée (en caractères d'imprimerie)

Titre ou fonction

Téléphone  
Ind. rég.

Poste

**Sceau de l'établissement**

**NE RIEN ÉCRIRE ICI**

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

FS