

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 Veuillez 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** Habite-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** Habite-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** Habite-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			
Sexe	<input type="checkbox"/> Père/mère biologique ou d'adoption							Si le parent biologique est décédé, veuillez indiquer la date du décès et joindre une copie du certificat de décès.			
<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											
Habitait-il 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					
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.

<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Administrateur de succession	<input type="checkbox"/> Notaire	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :	
<input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Avocat			
Nom du représentant					
<input type="checkbox"/> Mme					
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 ? <input type="checkbox"/> Oui ▼ Veuillez fournir les renseignements suivants <input type="checkbox"/> Non				
Numéro de la succursale		N° de l'institution		Numéro de compte
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				Date
X				Année
				Mois
				Jour

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

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

Veuillez encercler seulement le dernier niveau terminé	Primaire	1	2	3	4	5	6	7	Date de la fin des études à temps plein	Année	Mois
	Secondaire	1	2	3	4	5					
	Collégial	1	2	3							
	Universitaire	1 ^{er} cycle	2 ^e cycle	3 ^e 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

du : _____ Année Mois au : _____ Année Mois

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

du : _____ Année Mois au : _____ Année Mois

du : _____ Année Mois au : _____ Année Mois

du : _____ Année Mois au : _____ Année Mois

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.**

	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	_____
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

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 oui , 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 oui , indiquez depuis quelle date Année Mois Jour Date de fin prévue Indiquez le montant brut hebdomadaire payable en excluant les frais supplémentaires : _____ \$
PERSONNE AUTORISÉE DU CENTRE DES RESSOURCES HUMAINES	PERSONNE AUTORISÉE DU CENTRE LOCAL D'EMPLOI DU QUÉBEC
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^{er} cycle 2^e cycle 3^e 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 _____

Année Date 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