FORMULAIRE DEMANDE PAIEMENT DIRECT AU MEDECIN

**M. / Mme**

**Agent d’indemnisation**

**Société de l’assurance automobile du Québec (SAAQ)**

**Case postale 19600, succursale Terminus  
333, boul. Jean-Lesage  
Québec QC G1K 8J6**

Par la présente, je demande à la SAAQ de verser directement à mon médecin les honoraires indiqués pour la complétion du rapport médical ci-dessous.

* Rapport médical d’évaluation
* Rapport médical d’évolution
* Rapport médical des séquelles

Ce rapport a été complété le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ et est en rapport avec la réclamation portant le no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

La date de l’accident est le .

Étant donné le montant réclamé et ma situation financière actuelle, l’obligation d’attendre le remboursement par la SAAQ serait une imposition qui me parait déraisonnable.

Le nom de mon médecin et son adresse postale sont :

Je vous remercie de votre collaboration

(Signature)

(Nom)

(Date)