

Avec vous,
au cœur de votre sécurité

1 – Renseignements sur la personne accidentée

Nom et prénom

Numéro de réclamation

Adresse (numéro, rue, appartement)

Ville, village ou municipalité

Code postal

2 – Renseignements sur la ou le professionnel

Nom et prénom

Type de profession

Numéro de fournisseur

Numéro de facture

Adresse du lieu de pratique* (numéro, rue, appartement)

Ville, village ou municipalité

Code postal

Téléphone

3 – Motifs du déplacement

4 – Motifs des appels interurbains et nom des personnes appelées

* On entend par lieu de pratique le **principal** établissement à partir duquel ses affaires sont gérées (cabinet, clinique ou autre). À noter que la Société peut rembourser des frais de déplacement à partir d'un autre lieu qu'elle aura déterminé.

5 – Description détaillée des frais (joindre les pièces justificatives)

Date (Année-Mois-Jour)	Heure de départ (HH:MM)	Point de départ/arrêt/Point d'arrivée	Heure d'arrivée (HH:MM)	Temps de déplacement aller-retour (heures)	Temps d'intervention (heures)	Temps de rédaction (heures)	Frais de déplacements			Frais de séjour ¹				Autres frais Appels interurbains
							Auto (km)	Stationnement/ Péage (\$)	Autres moyens de transport (\$)	Déjeuner (\$)	Dîner (\$)	Souper (\$)	Coucher (\$)	
							km							
							km							
							km							
							km							
							km							
							km							
							km							
							km							
							km							

X

Taux horaire

=

A

X

Taux horaire

=

B

X

Taux horaire

=

X

\$/km

=

¹ N. B. : Les frais de repas sont remboursables s'il y a un coucher.

C

MONTANT RÉCLAMÉ

A + B + C =

Déclaration

Je déclare avoir reçu les services de la ou du professionnel indiqué ci-dessus et je demande à la Société de l'assurance automobile du Québec d'effectuer le paiement directement à cette personne ou à son lieu de pratique.

Nom et prénom de la personne accidentée

Signature de la personne accidentée

Date (Année-Mois-Jour)

Je certifie que cette réclamation représente les frais couverts et respecte toute autre règle ou condition applicable à la couverture d'assurance automobile de la personne accidentée indiquée ci-dessus.

Signature de la ou du professionnel

Numéro de permis

Date (Année-Mois-Jour)

Remboursement autorisé à la Société par

Date (Année-Mois-Jour)

Renseignements personnels

La Société ne recueille que les renseignements personnels qui sont indispensables à l'exercice de ses attributions et à l'application des lois dont elle a la responsabilité en tout ou en partie. Son personnel autorisé traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils peuvent être communiqués à ses mandataires et à certains ministères et organismes, y compris ceux situés à l'extérieur du Québec, le tout conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Ils peuvent aussi servir aux fins de production de statistiques, d'étude, de sondage, d'enquête ou de vérification. Omettre de les fournir peut entraîner un refus du service demandé. Vous pouvez consulter les renseignements personnels vous concernant, en obtenir une copie ou les faire corriger. Pour plus d'information, consultez la Politique de confidentialité de la Société à [saaq.gouv.qc.ca/confidentialite](#) ou téléphonez au Centre des relations avec la clientèle de la Société.

HP

6137 30 (2026-01)