

Autorisation du client pour des transactions concernant l'assurance et l'immatriculation d'un véhicule

Numéro de client : _____ Numéro de permis de conduire : _____

Je soussigné(e), _____ autorise par la présente _____
(votre nom en lettres moulées) (Nom et numéro de téléphone en lettres moulées de la personne autorisée)

à effectuer la ou les transactions suivantes en mon nom relativement au(x) véhicule(s) suivant(s) :

(numéro de plaque d'immatriculation, année, marque et modèle du véhicule, VIN)

Transactions concernant le véhicule : (cochez toutes les cases qui s'appliquent):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Renouvellement/Réactivation | <input type="checkbox"/> Changement en cours d'année |
| <input type="checkbox"/> Nouvelle demande | <input type="checkbox"/> Annulation |
| <input type="checkbox"/> Court terme | Date d'entrée en vigueur : _____ Date d'échéance : _____ |

Assurance privation de jouissance:

(Pour les polices prenant effet le 1er juillet 2022 ou après cette date)

- | Couverture : | Franchise : | Assurance de responsabilité civile : | | |
|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> À tarif universel | <input type="checkbox"/> 750 \$ (de base) | <input type="checkbox"/> 500 000 \$ (de base) | <input type="checkbox"/> 5 000 000 \$ | <input type="checkbox"/> Véhicule de tourisme privé |
| <input type="checkbox"/> Plaisance | <input type="checkbox"/> 500 \$ | <input type="checkbox"/> 1 000 000 \$ | <input type="checkbox"/> 7 000 000 \$ | <input type="checkbox"/> Motocycllette |
| <input type="checkbox"/> Autre précisez: _____ | <input type="checkbox"/> 300 \$ | <input type="checkbox"/> 2 000 000 \$ | <input type="checkbox"/> 10 000 000 \$ | <input type="checkbox"/> Refusée |
| <input type="checkbox"/> Navetteur | <input type="checkbox"/> 200 \$ Standard | | | |
| | <input type="checkbox"/> 200 \$ Plus | | | |

Valeur excédentaire de plus de 70 000\$: _____ Assurance des véhicules neufs: _____

Valeur déclarée (le cas échéant): _____ Assurances des véhicules loués à bail: _____

Véhicules à caractère non routier :

- Assurance de responsabilité civile
500 000 \$ (de base)
 1 000 000 \$
 2 000 000 \$
- Assurance individuelle
- Assurance collision
 Franchise de 500 \$
 Franchise de 200 \$
- Assurance multirisque
 Franchise de 500 \$
 Franchise de 200 \$

Options pour les motocycllettes :

- Assurance collision
 Franchise de 750 \$
 Franchise de 500 \$
 Franchise de 300 \$
 Franchise de 200 \$
- Assurance multirisque
 Franchise de 500 \$
 Franchise de 200 \$
- Assurance privation de jouissance
 Véhicule de tourisme privé
 Motocycllette
 Refusée

Autres options :

- Je n'ai pas besoin de changement.
- Veuillez modifier ce qui suit relativement à l'assurance d'entreposage.

Assurance d'entreposage :

Date d'entrée en vigueur : _____ L'adresse au MB où le véhicule se situ : _____

Annulation :

Date d'entrée en vigueur : _____ Assurance d'entreposage refusée (initiales) : _____

Plaques rendues: OUI NON

x _____
Signature du propriétaire inscrit

x _____
Signature de la personne autorisée

Date



Questionnaire Sur Le Permis De Conduire

Veillez répondre « Oui » ou « Non » aux questions suivantes.

Attention! Le fait de donner sciemment une fausse réponse à toute question ci-dessous est une infraction punissable.

- 1** Est-ce qu'un tribunal vous interdit présentement de conduire un véhicule ou est-ce que votre permis de conduire ou votre droit d'obtenir un permis de conduire est présentement suspendu ou annulé? Oui Non
- 2** Devez-vous porter des verres correcteurs (lunettes ou verres de contact) pour conduire? Oui Non
- 3** Avez-vous déjà eu l'un ou l'autre problème médical suivant qui **n'a pas été signalé antérieurement** à la Section des dossiers médicaux de Permis et Immatriculation?
- a) Crises d'épilepsie ou évanouissements? Oui Non
- b) Affection du cœur ou des poumons, maladies des yeux, accident vasculaire cérébral, diabète traité avec de l'insuline injectable, trouble mental, démence ou limitation permanente des mouvements? Oui Non
- c) Tout autre problème médical ou incapacité physique qui peut nuire à la conduite d'un véhicule automobile en toute sécurité? Oui Non
- Si la réponse est « **Oui** » à la question a), b) ou c), vous devez indiquer la date et les détails du problème médical ci-dessous.
- 4** Êtes-vous titulaire d'un permis de conduire valide d'une autre province ou d'un autre État ou pays? Oui Non
Si « **Oui** », indiquez ci-dessous le lieu, ainsi que le numéro et la classe du permis de conduire, sa date d'entrée en vigueur et sa date d'expiration.
- 5** Avez-vous déjà été titulaire d'un permis de conduire ou d'un permis d'apprenti conducteur du Manitoba? Oui Non
Si « **Oui** », indiquez l'année ci-dessous.
- 6** Avez-vous changé de nom au cours des cinq dernières années? Oui Non
Si « **Oui** », indiquez l'ancien ou les anciens noms ci-dessous si vous n'avez pas signalé antérieurement le changement de nom à la Société d'assurance publique du Manitoba.

Information additionnelle

