



Formulaire de demande d'autorisation spéciale de l'assureur

Date de la demande :

DSDC ayant soumis la demande :

Les sections ci-dessous DOIVENT être remplies. Le défaut de respecter cette exigence entraînera des retards dans le traitement de votre demande.

Raison pour la demande:

<input type="text"/>	
Directeur commercial :	<input type="text"/>
Concessionnaire :	<input type="text"/>

Renseignements sur l'acheteur et sur le véhicule

Prénom :	<input type="text"/>
Nom :	<input type="text"/>
Codéclarant (s'il y a lieu) :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>
Ville :	<input type="text"/>
Province :	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/>
Téléphone résidentiel :	<input type="text"/>
Adresse courriel :	<input type="text"/>
Prix d'achat du véhicule :	<input type="text"/>
Date d'achat du contrat :	<input type="text"/>
Date d'achat du véhicule :	<input type="text"/>
Modèle du véhicule :	<input type="text"/>
Série :	<input type="text"/>
Année-modèle :	<input type="text"/>
NIV :	<input type="text"/>
Date de mise en service :	<input type="text"/>
Kilométrage :	<input type="text"/>
Date d'inspection du véhicule :	<input type="text"/>
Usage commercial léger :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Couvert par la garantie complète? :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Véhicule d'occasion certifié? :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Renseignements Sur La Couverture

Programme de couverture désiré :	<input type="text"/>
Terme désiré :	<input type="text"/>
Kilométrage désiré :	<input type="text"/>
Montant de la franchise :	<input type="text"/>