

Accès à l'assurance automobile

Consommateur		
Nom :		Prénom :
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Téléphone à domicile : ()		Téléphone au travail : ()

Dernier assureur au risque	
Nom :	
No de police :	Expiration :
Joindre une copie de votre contrat d'assurance automobile	

Dernier courtier sur le risque	
Nom :	
Téléphone : ()	

Résiliation du contrat (s'il y a lieu)	
Date (Année – Mois – Jour) :	
Énoncez en quelques lignes la nature de votre problème	

Assureurs et/ou courtiers contactés et ayant refusé de souscrire (minimum 5 démarches)		
Nom de l'assureur / Nom du courtier	Téléphone	Contact

Avez-vous d'autres assurances?		
Type d'assurance	Nom de l'assureur	No de la police
Habitation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Automobile <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Entreprise <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Autorisez-vous le Groupement des assureurs automobiles dans le cours des démarches qu'il pourra entreprendre en votre nom pour identifier un assureur disposé à vous offrir une police d'assurance automobile à :

- **vérifier** les renseignements personnels que vous lui avez fournis auprès des assureurs et des courtiers que vous avez contactés;
- **obtenir** de ces assureurs et courtiers tout autre renseignement personnel manquant pertinent à la souscription du risque et autorisez-vous ces assureurs et courtiers à communiquer de tels renseignements au GAA;
- **transmettre** à un autre assureur ou à un courtier non contacté, les renseignements personnels nécessaires à la souscription lorsque le GAA s'adresse à un tel courtier ou assureur pour essayer d'obtenir une couverture d'assurance automobile pour vous.

Signature du consommateur

Date