Information

Effacer

Société de l'assurance automobile Québec

Autorisation pour divulgation du dossier de conduite par la Société de l'assurance automobile du Québec

(avec intermédiaire)

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Compagnie, organisme et autres		
Nom et prénom de la personne autorisée à agir au nom du demandeur		
Adresse (Numéro, rue, app.)		
Municipalité / Province	Code postal	Nº téléphone

RENSEIGNEMENTS SUR L'INTERMÉDIAIRE

Compagnie ou organisme intermédiaire		
Nom et prénom de la personne autorisée		
Adresse (Numéro, rue, app.)		
Municipalité / Province	Code postal	Nº téléphone

Note : L'intermédiaire s'engage à n'utiliser ces renseignements qu'aux fins de les transmettre au demandeur.

AUTORISATION DU TITULAIRE DU PERMIS DE CONDUIRE

Numéro du permis de conduire

Nom et prénom du titulaire

Date de naissance	Téléphone (résidence)	Téléphone (travail)

Je, soussigné(e), autorise la Société de l'assurance automobile du Québec à communiquer au demandeur mentionné ci-dessus l'état de mon dossier de conduite, incluant notamment les suspensions, les révocations, les points d'inaptitude, les infractions ainsi que les accidents dans lesquels j'ai été impliqué relativement à la conduite d'un véhicule lourd, lorsqu'il y a lieu. Cette autorisation est valide pour douze (12) mois à compter de la date de la signature.

Signature du titulaire

Date

5981 55 (2006-05)

Imprimer