FMPO 25A
ALTÉRATION

LE PRÉSENT FORMULAIRE MODIFIE VOTRE POLICE D'ASSURANCE-AUTOMOBILE. LE FORMULAIRE DE MODIFICATION EST ÉMIS EN CONTREPARTIE DU TOTAL DE LA SURPRIME OU DE LA RISTOURNE DE PRIME INDIQUÉE ET ENTRE EN VIGUEUR À LA DATE INDIQUÉE.

LES MODIFICATIONS APPORTÉES À LA POLICE SONT INDIQUÉES PAR UN CROCHET ☑

- ☐ Nom ou adresse de la personne assurée
- ☐ Substitution de l'automobile (auto. nº.....)
- ☐ Automobile ajoutée à la police (auto. nº.....)
- ☐ Automobile retirée de la police (auto. nº.....)
- ☐ Modification des garanties ou des limites (auto. nº.....)
- ☐ Ajout de garanties (auto. nº.....)
- ☐ Retrait de garanties (auto. nº.....)
- ☐ Changement de classe de tarification pour (auto. nº.....)
- ☐ Modification des indemnités facultatives
- ☐ Autre – expliquer _____ (auto. nº.....)

NOM ET ADRESSE DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE	
COURTIER(ÈRE) OU AGENT(E)	NO DE COURTIER(ÈRE) OU D'AGENT(E)
NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE ASSURÉE	

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA MODIFICATION	DATE D'EXPIRATION*	NUMÉRO DE POLICE
J M A	J M A	
ANNÉE	MARQUE	NO DE SÉRIE/N.I.V.

*00H01 HEURE LOCALE À L'ADRESSE POSTALE DE LA PERSONNE ASSURÉE

Auto nº	Modèle	Type de carrosserie	Nbre de cyl.	Cylindrée	indiqué par le fabricant Poids nominal brut du véhicule	Propriétaire	Locataire	Achetée/Louée Année	Mois	Neuve	D'occasion	Prix courant à neuf Prix à l'achat (y compris les options)	Distance de migration quotidienne Aller simple (km)

Auto nº	Coordonnées du titulaire du droit de rétention Nom	Adresse	Code postal

Renseignements de tarification

Auto nº	Catégorie	Dossier de conduite LC	DM	IA	IDC DM	Coll/TR	Supplément + %	Rabais - %	Code du véhicule	Groupe de tarification IA	IDC DM	Coll/TR	RM/RS	Lieu	Code du territoire

Garanties

	Limite	Ristourne de prime	Surprime
Responsabilité			
Lésions corporelles			
Dommages matériels			
Indemnités d'accident (de base)	Tel qu'indiqué à l'article 4 de la Police		
Indemnités d'accident facultatives demandées ☑			
OUI ☐ NON ☐ Remplacement du revenu (600 $/800 $/1 000 $)	(À concurrence de _____ $ par semaine)		
OUI ☐ NON ☐ Frais médicaux, de réadaptation et soins auxiliaires (130 000 $/1 000 000 $)	Tel qu'indiqué à l'article 4 de la Police		
OUI ☐ NON ☐ Déficience invalidante optionnelle (supplément de 1 000 000 $ ajouté aux indemnités de base ou aux indemnités optionnelles pour frais médicaux, de réadaptation et soins auxiliaires)			
OUI ☐ NON ☐ Frais de soignants, de travaux ménagers et d'entretien du domicile			
OUI ☐ NON ☐ Prestation de décès et indemnités pour frais funéraires			
OUI ☐ NON ☐ Indemnité de personne à charge			
OUI ☐ NON ☐ Indexation (Indice des prix à la consommation)			
Automobile non assurée	Tel qu'indiqué à l'article 5 de la Police		

Garantie d'indemnisation directe en cas de dommages matériels
Cette police comprend une clause de paiement de recouvrement partiel pour dommages matériels si une franchise est indiquée pour la Garantie d'indemnisation directe en cas de dommages matériels

Franchise	Ristourne de prime	Surprime

Perte ou dommages
Cette police comprend une clause de paiement partiel pour perte. Une franchise s'applique à chaque demande de règlement, sauf indication contraire dans votre police.

	Franchise	Ristourne de prime	Surprime
Risques spécifiés (sauf Collision ou versement)			
Risques multiples (sauf Collision ou versement)			
Collision ou versement			
Tous risques			

Formulaires de modification de police (nom et no du formulaire FMPO, y compris la limite si une limite est applicable)	Ristourne de prime	Surprime
Total de la prime (ristourne / surprime)		
Taxe		
Total des coûts (ristourne / surprime)		

Toutes les autres conditions de votre police demeurent inchangées.

Fait le _____

REPRÉSENTANT AUTORISÉ

SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE
(REQUISE SI UNE GARANTIE EST RETIRÉE OU RÉDUITE