**Renonciation de client pour des produits optionnels et facultatifs**

|  |  |
| --- | --- |
| **Renseignements sur le concessionnaire** | [Dénomination sociale complète du concessionnaire]  Faisant affaire sous le nom de [Nom du concessionnaire] |
| **Renseignements sur le Client (1)** |  |
| **Renseignements sur le Client (2)** |  |
| **Date d’achat/de location du véhicule** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Déclarations du client** | **Case à cocher** | |
|  | **Client (1)** | **Client (2)** |
| Je déclare avoir eu la possibilité d’adhérer ou d’acheter les produits optionnels et facultatifs suivants : couverture d’assurance collective (Protection de prêt); assurance de remplacement; Protection contre les bris mécaniques; Protection esthétique |  |  |
| Je déclare que le concessionnaire m’a expliqué, pour chacun des produits énumérés ci-dessous, la nature des couvertures offertes, leurs critères d’admissibilité, leurs exclusions, leurs limites et leur période de résiliation sans frais. |  |  |
| Je déclare que mes décisions sont mes propres décisions, et j’ai apposé mes initiales à côté de mon(mes) choix dans le tableau de produits se trouvant plus bas. |  |  |
| (Québec) Je déclare avoir reçu une copie du Guide sommaire (ou le Guide de Distribution) et de la Fiche de renseignements Parlons assurance! avant d’avoir discuté des produits d’assurance. |  |  |
| (Québec) Je déclare avoir été avisé de toute rémunération du distributeur étant supérieure à 30 % de la prime, et ce, pour chacun des produits d’assurance. |  |  |
| (Québec) Je déclare avoir été informé de la garantie du fabricant et des garanties juridiques couvrant le véhicule, comme il est prescrit à l’article 228.1 de la Loi sur la protection du consommateur, et ce, avant d’avoir discuté de toute garantie additionnelle pour le véhicule. |  |  |

**Décisions du client**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Produits optionnels et facultatifs** | **Pourcentage de commission**  **Si supérieur à 30 %**  **(au Québec)** | **Adhésion/Achat** | | **Refus** | |
| **Initiales du Client (1)** | **Initiales du Client (2)** | **Initiales du Client (1)** | **Initiales du Client (2)** |
| Couverture d’assurance collective – Vie |  |  |  |  |  |
| Couverture d’assurance collective – Maladies graves (non offerte avec les programmes Essentiel et Essentiel Plus) |  |  |  |  |  |
| Couverture d’assurance collective – Invalidité |  |  |  |  |  |
| Couverture d’assurance collective – Perte d’emploi |  |  |  |  |  |
| Assurance de remplacement (Québec - Formulaire F.P.Q. No 5) |  |  |  |  |  |
| Protection contre les bris mécaniques |  |  |  |  |  |
| Protection esthétique |  |  |  |  |  |
| Programme d’entretien prépayé |  |  |  |  |  |
| <Ajouter un autre produit ici> |  |  |  |  |  |
| <Ajouter un autre produit ici> |  |  |  |  |  |

Signature du Client (1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de la signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du Client (2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de la signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_