

S.V.P. TÉLÉCOPIER AU **1-877-956-9563** OU ENVOYER PAR COURRIEL À **infoarp@ia.ca**.

Nombre de pages (incluant celle-ci) : _____ Date : _____ / _____ / _____

Nom de l'assuré : _____ Date de la perte : _____ / _____ / _____

N° de certificat : _____ Cause de la perte : _____

Personne en charge du dossier : _____ Détaillant désigné : _____

Téléphone : (_____) _____ - _____ Télécopieur : (_____) _____ - _____

Courriel : _____

DOCUMENTS REQUIS (cocher la case appropriée pour chacun des documents)

FRANCHISE seulement :

- Copie de l'estimation des coûts de réparations préparée par l'Assureur primaire
- Copie de la facture des réparations au nom de l'assuré

VÉHICULE DE LOCATION seulement :

- Copie de la facture du véhicule de location signée par l'assuré
- Copie de l'estimation des coûts de réparations préparée par l'Assureur primaire
- Copie de la facture des réparations au nom de l'assuré

PIÈCES D'ORIGINE seulement :

- Remplir et faire parvenir le formulaire de réclamation pour les pièces d'origine
- Copie du bon de réparation indiquant le coût des pièces d'origine (Au nom de l'assuré)
- Copie de l'estimation des coûts de réparations préparée par l'Assureur primaire
- Copie de la facture de pièces

DIVULGATION D'INFORMATION

Je soussigné, autorise Industrielle Alliance, Assurance et services financiers Inc., à obtenir tous les renseignements relatifs à mon dossier de réclamation, de même qu'à l'accès au service de la souscription de ma compagnie d'assurance ou de mon courtier. Je consens, de plus à ce qu'une photocopie de cette autorisation tienne lieu d'originale. : _____

N° de Police (Assureur primaire)

Chèque payable à : Concession Client Carrossier

Date : _____ / _____ / _____ Signature de l'assuré : _____