

Formulaire de demande de règlement

| | |
|-------------------|--|
| N° d'autorisation | |
| Date | chemicalclaim@firstcanadian.ca Téléphone 1 780 410 4517 ou autoguardclaim@firstcanadian.ca Télécopieur 1 780 417 0935 |

| Renseignements sur le propriétaire | | | |
|------------------------------------|-----------------|-----------------|-------------|
| Nom du titulaire du certificat | Tél. à domicile | Tél. au travail | |
| Adresse | Ville | Prov | Code postal |

| Renseignements sur le véhicule | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|--|--|
| Année | Marque | Modèle | <input type="checkbox"/> 2RW <input type="checkbox"/> Auto/Camionnette <input type="checkbox"/> 4RW <input type="checkbox"/> Caravane |
| Numéro d'identification du véhicule | Kilométrage à la date d'émission | Kilométrage à la date de la demande de règlement | |
| N° d'enregistrement du certificat | Date d'achat | Dernière inspection | Date d'expiration |

| Renseignements au sujet de la demande de règlement | | |
|--|---|---|
| PROTECTION PLATINUM AUTOGUARD | ÉCRANS DE PROTECTION PLATINUM | VR GUARD PLATINUM |
| <input type="checkbox"/> Bosselures et chocs <input type="checkbox"/> Égratignures extérieures <input type="checkbox"/> Coupures, déchirures et brûlures | <input type="checkbox"/> Rouille de surface <input type="checkbox"/> Perforation dû à la rouille <input type="checkbox"/> Sous-couche <input type="checkbox"/> Peinture <input type="checkbox"/> Tissu <input type="checkbox"/> Cuir | <input type="checkbox"/> Bras et toiles de l'avent <input type="checkbox"/> Events de toit <input type="checkbox"/> Bosselures et chocs <input type="checkbox"/> Autocollants extérieurs <input type="checkbox"/> Égratignures extérieures <input type="checkbox"/> Coupures, déchirures et brûlures |

Détails de la demande de règlement :

| Soumission : | N° | Montant (\$) | Main-d'oeuvre | Total |
|--|----|--------------|---------------|-------|
| N° de pièce | | | | |
| N° de pièce | | | | |
| N° de pièce | | | | |
| N° de pièce | | | | |
| N° de pièce | | | | |
| N° de pièce | | | | |
| Veuillez envoyer le formulaire complété ainsi que les photos de la zone endommagée à | | | Sous-total | |
| chemicalclaim@firstcanadian.ca ou autoguardclaim@firstcanadian.ca | | | Taxes | |
| pour toute demande d'approbation de réparations supérieures à 100,00 \$ | | | Total | |

| Atelier de réparation | | | |
|------------------------|----------------------|-----------|-------------|
| Nom du concessionnaire | Personne à contacter | Téléphone | Télécopieur |
| Adresse | Ville | Prov | Code postal |

| | | |
|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| Signature du client | Représentant du service | Autorisé First Canadian |
| Date | Date | Date |

