

# Assurance de Remplacement

## Formulaire de consentement perte partielle

**MERCI DE PRENDRE NOTE QUE LE DOSSIER DOIT ÊTRE COMPLET ET LE CONSENTEMENT SIGNÉ PAR L'ASSURÉ POUR QUE NOUS PUISSIONS TRAITER LA DEMANDE.**

**Pour toute demande de perte partielle (Franchise, écart de pièce et/ou location), nous vous demandons de joindre les documents suivants :**

1. Estimation des dommages de l'assureur primaire;
2. Facture des réparations au nom de l'assuré nommé au contrat.

Si vous faites une demande pour des pièces d'origines, vous devrez joindre également :

1. Notre Formulaire d'écart de pièce **dûment complété**;
2. Facture des pièces commandées (N° de pièce inscrit).

Si vous faites une demande pour de la location, vous devrez joindre également :

1. Facture de location au nom de l'assuré nommé au contrat.

### INDEMNITÉ PAYABLE À

**Franchise :**  Carrossier  Client  Détaillant

**Pièces :**  Carrossier  Client  Détaillant

**Location :**  Carrossier  Client  Détaillant  Centre de location

**CONSENTEMENT** Je soussigné, autorise Industrielle Alliance, Assurance et services financiers Inc., à obtenir tous les renseignements relatifs à mon dossier de réclamation ci-dessous désigné, de même, qu'à l'accès au service de la souscription de ma compagnie d'assurance et/ou tout autre intervenant, si nécessaire. Je consens, de plus, à ce qu'une photocopie de cette autorisation tienne lieu d'original.

**Nom de l'assuré** \_\_\_\_\_ **Date de la perte** \_\_\_\_\_

**Adresse de l'assuré** \_\_\_\_\_

**No. de téléphone de l'assuré** \_\_\_\_\_ **Courriel de l'assuré** \_\_\_\_\_

**N° de confirmation** \_\_\_\_\_ **Collision**  **Vol**  **Autre** \_\_\_\_\_

**Réparateur** \_\_\_\_\_ **Téléphone** \_\_\_\_\_

**Responsable** \_\_\_\_\_ **Courriel** \_\_\_\_\_

**Date** \_\_\_\_\_ **Signature de l'assuré** \_\_\_\_\_

**S.V.P. envoyer par courriel à [RI.claims.iasc@ia.ca](mailto:RI.claims.iasc@ia.ca) ou par télécopieur au 1 877 956-9563**

**Question? 1 877 356-6636**