

Personne(s) assurée(s)

Débiteur	Date de naissance (aaaa-mm-jj)
Co-débiteur	Date de naissance (aaaa-mm-jj)
Adresse	

Produit(s)

<input type="checkbox"/> Assurance-crédit	<input type="checkbox"/> Quittance	En date du (aaaa-mm-jj) :	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Perte totale	En date du (aaaa-mm-jj) :	<input type="text"/>
		N° de certificat :	<input type="text"/>
		Date d'effet (aaaa-mm-jj) :	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Assurance de remplacement	<input type="checkbox"/> Quittance	En date du (aaaa-mm-jj) :	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Perte totale	En date du (aaaa-mm-jj) :	<input type="text"/>
		N° de police :	<input type="text"/> et/ou NIV : <input type="text"/>
		Date d'effet (aaaa-mm-jj) :	<input type="text"/>

Les montants soumis dans ce formulaire sont à titre informatif seulement et pourront être assujettis à des changements selon l'évolution du dossier et la réception d'informations supplémentaires.

Créancier

Nom
<input type="text"/>

Cotation demandée par

Nom	Prénom	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Détaillant	Téléphone	Poste
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Commentaires :

Ou envoyer par courriel à : quotation.iasc@ia.ca