



CLINIQUE DU VR

🏠 11 rue de Granby, Unité 17, Gatineau, Québec, J8R 3X5

☎ 819-669-8787 ✉ info@cliniqueduvr.ca 🌐 cliniqueduvr.ca

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE TRAVAUX ET DE CESSIION DE CRÉANCE

COORDONNÉES DU CLIENT :	INFORMATIONS DU VÉHICULE :
NOM :	MARQUE :
ADRESSE :	MODÈLE : ANNÉE :
TÉLÉPHONE :	N° D'IDENTIFICATION (NIV) :
COURRIEL :	N° DE PLAQUE D'IMMATRICULATION :

INFORMATIONS SUR L'ASSUREUR :	
NOM DE L'ASSUREUR :	EXPERT EN SINISTRE :
N° DE RÉCLAMATION :	\$ DE LA FRANCHISE :

CLAUSES ET CONDITIONS :

1. AUTORISATION DE TRAVAUX :

Le client autorise Clinique du VR à inspecter, démonter, diagnostiquer, photographier, préparer les estimations, effectuer les réparations approuvées et communiquer avec l'assureur.

2. DOMMAGES CACHÉS :

Le client autorise le démontage nécessaire afin de découvrir les dommages non visibles et autorise la présentation de suppléments à l'assureur.

3. CESSIION DE CRÉANCE :

Je cède irrévocablement à Clinique du VR tous les droits au paiement des réparations couvertes par mon assureur. J'autorise mon assureur à verser directement à Clinique du VR les indemnités applicables. Si un paiement est émis à mon nom, je m'engage à le remettre immédiatement à Clinique du VR. Cette cession ne me libère pas de payer toute franchise, ainsi que les taxes, dépréciations, exclusions ou montants refusés par l'assureur.

4. PAIEMENT :

Le client demeure responsable de toute somme non couverte, incluant franchise, améliorations demandées, pièces refusées ou travaux non assurés.

5. PIÈCES :

Le client accepte l'utilisation de pièces d'origine, équivalentes ou recyclées lorsque permises ou exigées par l'assureur.

6. ENTREPOSAGE :

Des frais d'entreposage pourront être facturés après le délai prévu suivant l'avis que le véhicule est prêt.

7. ESSAI ROUTIER :

Le client autorise les essais routiers et les essais fonctionnels nécessaires à la vérification des réparations.

8. GARANTIE :

Les réparations sont garanties conformément aux conditions de Clinique du VR. Les travaux refusés par l'assureur ou non effectués ne sont pas couverts.

SIGNATURES :	
SIGNATURE DU CLIENT :	SIGNATURE DU REPRÉSENTANT :
DATE :	NOM COMPLET : DATE :