



CLINIQUE DU VR

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

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

ACCEPTATION DES TRAVAUX ET PRISE DE POSSESSION VÉHICULE RÉCRÉATIF (VR)

N° DU BON DE TRAVAIL :

DATE DE LIVRAISON :

JJ-MM-AAAA

INFORMATIONS DU PROPRIÉTAIRE (ASSURÉ) :

NOM :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

COURRIEL :

IDENTIFICATION DU VR :

MARQUE :

MODÈLE :

ANNÉE :

N° DE PLAQUE D'IMMATRICULATION :

INFORMATIONS SUR LE DOSSIER D'ASSURANCE :

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE :

N° DE POLICE :

N° DE RÉCLAMATION (SINISTRE) :

DÉCLARATION ET ACCEPTATION DES TRAVAUX :

1. VÉRIFICATION ET ACCEPTATION :

Je, soussigné(e), propriétaire ou mandataire du véhicule récréatif décrit ci-dessus, déclare avoir procédé à l'inspection visuelle et à la vérification des réparations effectuées sur mon VR.

2. PAR LA PRÉSENTE, JE CONFIRME QUE (CASES À COCHER) :

- ☐ J'ai effectué un tour du véhicule avec un représentant de Clinique du VR.
- ☐ Je reconnais avoir pris connaissance des travaux effectués.
- ☐ Le VR est restitué propre et en bon état de fonctionnement.
- ☐ Les réparations liées au sinistre ont été complétées de manière satisfaisante.
- ☐ Je prends possession de mon véhicule récréatif à cette date :

JJ-MM-AAAA

3. TRAVAUX À REPRENDRE / COMMENTAIRES :

(Si des détails esthétiques ou des ajustements mineurs restent à finaliser, veuillez les inscrire ci-dessous avant de signer)

SIGNATURES :

SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE / MANDATAIRE :

X

NOM COMPLET :

DATE :

JJ-MM-AAAA

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE CLINIQUE DU VR :

X

NOM COMPLET :

DATE :

JJ-MM-AAAA