

**S'IL-VOUS-PLAÎT RETOURNER LE FORMULAIRE À:**

**DÉCLARATION DE RÉGLEMENT**

Ce formulaire s'applique aux chargements transportés sous l'autorisation accordée par le connaissement d'Atlas, et portant un numéro d'enregistrement correctement attribué.



485 N. Service Rd. E.,  
P.O. Box 970,  
Oakville, Ontario L6J 5M7  
Tel: (905) 844-0701 Fax: (905) 844-1460  
Email: CUS@ATLASVANLINES.CA

**INSTRUCTIONS AUX CLIENT**

1. Le transporteur ne sera pas responsable des pertes, dommages ou délais de vos biens, à moins que votre réclamation soit reçue par le transporteur dans les 60 jours à compter de la date de livraison.
2. En cas de réclamation pour dommages n'effectuez pas de réparation, remplacement ou élimination car le transporteur réserve le droit d'inspecter tous les articles et de désigner des ébénistes si nécessaire.
3. En cas de réclamation pour pertes/débris l'article (s) en détail ainsi que l'endroit et la date où ils ont été vus la dernière fois. Donner le nom du nouveau propriétaire de votre ancienne résidence ou le numéro de téléphone du concubain/proche ou agent immobilier.
4. Attachez les copies des lectures originaux et/ou évaluations si possible. Si l'espace est insuffisant, joindre une feuille séparée à la formule de réclamation.
5. Atlas réserve le droit de récupérer les articles endommagés.
6. Atlas réserve le droit d'exiger une déclaration notariée ou déclaracion sous serment. **LES FRAITS DE CONNAISSANCEMENT DOIVENT ÊTRE PAYÉS DANS LEUR TOTALITÉ AVANT LE RÉGLEMENT DE LA RÉCLAMATION.**

NOM DU CLIENT	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	NUMÉRO D'ENREGISTREMENT	VALEUR DÉCLARÉE
ADRESSE ACTUELLE		ADRESSE D'ORIGINE	DATE DE CHARGEMENT
VILLE	PROVINCE	VILLE D'ORIGINE	DATE DE LIVRAISON
TÉLÉPHONE (MAISON)	E-MAIL	COULEUR DE L'ÉTIQUETTE - INVENTAIRE	NUMÉRO DU LOT
EMPLOYEUR	TÉLÉPHONE(BUREAU)	FAX:	
		<input type="checkbox"/> VAN <input type="checkbox"/> CONTENEUR	NUMÉROS DES CONTENEURS

**(TAPER LES RENSEIGNEMENTS OU ÉCRIRE EN LETTRE MOULÉES AU STYLO BILLE. BIEN APPUYER POUR MARQUER LES QUATRE COPIES.)**

No d'étiquette de l'inventaire	ARTICLE MARQUE/MODÈLE	DESCRIPTIONS DES DOMMAGES OU PERTE	MONTANT RÉCLAMÉ	COÛT DE RÉPARATION	Age de l'article	Prix d'achat	AGENT RESPONSABLE
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

REMARQUE: DOIT ÊTRE DATÉ ET SIGNÉ

DATE

SIGNATURE DU CLIENT

(VEUILLEZ SIGNER ICI)

Je jure solennellement que les renseignements donnés sur le formulaire de réclamation et sur mon (mes) document (s) sont justes et complets d'après mes connaissances. Aucun fait substantiel est dissimulé qui devrait être inclus. Ceci constitue une déclaration complète et précise de toutes les pertes et/ou dommages par ce chargement et pour lesquelles une réclamation a été soumise. A défaut de signer ce formulaire, il vous sera retourné pour signature.

**USAGE EXCLUSIF DE L'AJUSTER AVL OU L'AGENT DE DESTINATION**

AVL OFFICE ONLY

RECLAMATION REÇU PAR AGENT	<input type="checkbox"/> AGENT À RÉGLER	REMARQUES
DATE REÇU	<input type="checkbox"/> ATLAS À RETRACER	
INSPECTION VISUEL PAR	<input type="checkbox"/> ATLAS À FAIRE PARVENIR LES DOCUMENTS	
ESTIMATION DU PRIX TOTAL \$	<input type="checkbox"/> URGENT - BESOIN D'AIDE	
AGENT D'ENREGISTREMENT	AGENT D'ORIGINE	
EMBALEUR	CAMIONNEUR/CHARGEUR	NOM
CAMIONNEUR/DÉCHARGEUR	CAMIONNEUR	
ENTREPÔT	ENTREPÔT	
AGENT DE DEST.	AGENT DE DEST.	
DÉBALLEUR	DÉBALLEUR	