




DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE L'ASSISTANCE ROUTIÈRE		N° :
Nom du bénéficiaire (votre nom) : _____		Nom du fournisseur de services : _____
Adresse postale :		Ville :
Province :	Code postal :	Province :
Date	DESCRIPTION DU SERVICE (ENCERCLEZ UN CHOIX)	MONTANT
	Remorquage Crevaision Survoltage	
	Livraison d'essence Déverrouillage de portière	
	SOUS-TOTAL	
	TAXES	
	TOTAL	

Note : Utilisez ce formulaire lorsque le fournisseur de services n'a pas émis ni fourni de reçu de service. Pour obtenir votre remboursement, envoyez le formulaire de demande et une copie de votre facture de réparation la plus récente par télécopieur, par courriel ou par la poste.

TÉLÉCOPIEUR : **1 866 449-7301** | COURRIEL : **MECHCLAIMS@SONSIO.COM**
 COURRIEL : **AUTOPLACE CUSTOMER CARE P.O. BOX 17659, GOLDEN, CO. 80402**

	REÇU	N°

Nom du fournisseur de services :	DATE	MONTANT
Ville : _____		
Province : _____	SOUS-TOTAL	
	TAXES	
	TOTAL	