BELKIN® #

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE EN MAJUSCULES

À propos de vous :

Titre :	Nom :
Prénom :	
Téléphone :	
Tél. Portable :	
Fax :	
E-mail :	

Date de l'envoi du formulaire :

Adresse :

À propos de votre produit Belkin :

Numéro du modèle :	Date de l'achat :	Lieu de l'achat :

À propos de votre réclamation :

Raison de la réclamation :	Date de l'incident :

Veuillez énumérer tous les équipements connectés au produit Belkin au moment de l'incident et veuillez indiquer s'ils ont été ou non endommagés, ainsi que le coût de remplacement ou de réparation, s'il y a lieu.

Équipement/Appareil :	Fabricant/Modèle	Numéro de série	Endommagé ?	Coût (réparation ou remplacement)
			Oui / Non	
			Oui / Non	
			Oui / Non	
			Oui / Non	
			Oui / Non	
			Oui / Non	
			Oui / Non	
			Oui / Non	
			Total :	

Informations supplémentaires :

Possédez vous une police d'assurance de propriétaire occupant, de locataire ou toute autre forme de police d'assurance ? Oui/Non	
Si oui, quel est le nom de votre assureur ?	
Si vous déposez une réclamation auprès de votre assureur, veuillez spécifier :	
Votre franchise :	Votre numéro de réclamation :
Le nom et le numéro de téléphone de votre courtier :	

En apposant ma signature sur ce document, je confirme l'exactitude de tous les renseignements figurant sur ce formulaire de réclamation. Advenant une fausse déclaration de ma part, Belkin Components se réserve en tous temps le droit de fermer ou rejeter officiellement ma réclamation.

_____ _____ _____

Signature Nom en majuscules Date

MERCI DE RENVOYER CE FORMULAIRE AVEC LA SURGEMASTER EN CAUSE#

#