

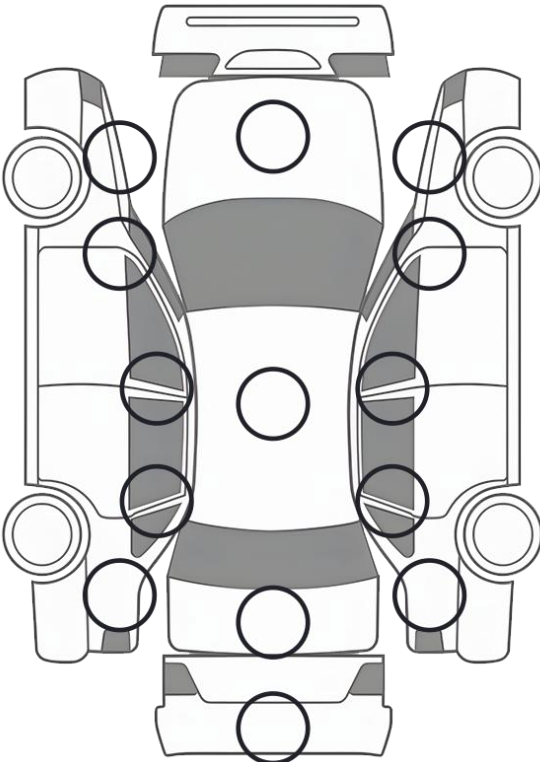



# FICHE TECHNIQUE

INFORMATIONS SUR LE VÉHICULE			DATE:			
CLIENT:			MARQUE:			
ADRESSE:			MODÈLE:			
CODE POSTAL:			PLAQUE:			
VILLE:			VIN / CHÂSSIS:			
ASSUREUR:			KILOMÈTRE:		COULEUR:	
TEL:						
NUMÉRO D'IMMATRICULATION DU VÉHICULE:						
<b>Observation general Type de Dommage:</b> <input type="checkbox"/> Grêle <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Autre Panneaux <input type="checkbox"/> Capot <input type="checkbox"/> Toit <input type="checkbox"/> Portes <input type="checkbox"/> Coffre <input type="checkbox"/> Ailes <b>Accessibilité :</b> <input type="checkbox"/> Facile <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Difficile						
<b>INSPECTION DOMMAGES</b> Tous les éléments doivent être vérifiés avant la prise en charge et la restitution du véhicule.						
Cochez la/les case(s) souhaitée(s)	Niveau de Carburant		+25%			Panneaux touchés Carrosserie
			Aluminium	Collage	UT	
Pièce à réparer	Bosse .....mm 	Elément de/pose				
Capot						
Pavillon						
Aile Av G						
Aile Av D						
Porte Av G						
Porte Av D						
Porte Ar G						
Porte Ar D						
Hayon Partie Sup.						
Hayon Partie Inf.						
Cadre Pavillon G						
Cadre Pavillon D						
Panneau AR.Lat G						
Panneau AR.Lat D						
Temps de Préparation						<b>VÉRIFICATION ET EXPLICATION</b>
TOTAL UT						REMARQUES :
SIGNATURE DU SERVICE EFFECTUÉ						SIGNATURE DU RESPONSABLE DU VÉHICULE:

## PIÈCES À REMPLACER

**INSPECTION DES ÉLÉMENTS ABÎMÉS** Tous les éléments doivent être vérifiés avant la prise en charge et la restitution du véhicule.

PARTIE INSPECTÉ	PIÈCES À REMPLACER		REMISE		PIÈCES À REMPLACER CLOCHEZ
(X le cas échéant)	DROITE	GAUCHE	AVD-AVG ARD-ARG	L'HEURE	
Rétroviseur gauche G					
Rétroviseur gauche D					
Coque de rétroviseur gauche G					
Coque de rétroviseur gauche D					
Balai essuie-glace avant AV					
Baguette porte avant gauche - AVG					
Baguette porte arrière gauche - ARG					
Baguette porte avant droite -AVD					
Baguette porte arrière droite - ARD					
Pare-chocs avant (plastique) AV					
Pare-chocs arrière (plastique) AR					
Temps de Préparation					
Total heures					
Montant total CHF					
					REMARQUES : ENTRETIEN À PRÉVOIR LE
					DATE DÉBUT::
<b>SIGNATURE DE L'INSPECTEUR:</b>					PIÈCES À COMMANDER
					DATE FIN:
<b>NOTE SPÉCIALE :</b> <b>Véhicule de remplacement</b> Votre police d'assurance prévoit-elle un véhicule de remplacement ? <input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>  Souhaitez-vous bénéficier d'un véhicule de remplacement pendant la durée des réparations ? <input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>					