

- **Document à faxer au Service Litiges du siège social au 05 34 619 630**  
**ou pour les clients d'Ile de France au 03 21 60 40 39** (à l'attention de la cellule Litige)  
*Document to be faxed to the Head Office Claims Department : 05 34 619 630*  
*or for Ile de France customers : 03 21 60 40 39 (addressed to Claims Department)*

**Informations générales / MENTIONS OBLIGATOIRES** | *Mandatory informations :*

Date de la demande | *Date :*

---

Expéditeur | *Shipper*

Raison sociale | *Company :*

N° de Fax :

N° de Tél :

Nom | Fonction | *Name :*

**Précisez impérativement** | *To be fulfill with care :*

---

Numéro de réclamation (13 chiffres) | *Claim identification number provided by the Customer Service*  
(Qui vous a été communiqué par votre Service Clients)

---

Numéro de colis | *Parcel number :*

---

Date d'expédition | *Shipping date :*

---

**Commentaires** | *Comments :*