



# Loss & Damage Claim Form Formulaire de Réclamation Pour Des Produits Perdus et/ou Endommagés

## CLAIMANT'S INFORMATION / INFORMATION SUR LE DEMANDEUR

<input type="text"/> COMPANY NAME / NOM DE LA COMPAGNIE	<input type="text"/> ACCOUNT NO. / NO. DE COMPTE	<input type="text"/> CONTACT / PERSONNE-RESSOURCE
<input type="text"/> ADDRESS / ADRESSE		
<input type="text"/> POSTAL CODE / CODE POSTAL	<input type="text"/> TELEPHONE NO. / TÉLÉPHONE	<input type="text"/> FAX NO. / TÉLÉCOPIEUR

## PARCEL INFORMATION / INFORMATION DE COLIS

<input type="text"/> PIN NO./# DE COLIS	<input type="text"/> DATE SHIPPED / DATE D'EXPÉDITION	<input type="text"/> TRACE REFERENCE NO / AMOUNT CLAIMED / MONTANT RECLAMÉ
<b>SERVICE:</b> ICS NEXT DAY™ <input type="checkbox"/> ICS SHIPPING SYSTEMS/LOGICIEL <input type="checkbox"/> ICS GROUND™ <input type="checkbox"/> ICS WORLDWIDE™ <input type="checkbox"/> OTHER / AUTRE <input type="checkbox"/>		
REASON FOR CLAIM / RAISON DE LA RÉCLAMATION: <input type="checkbox"/> LOSS / PERDU (S) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DAMAGED / ENDOMMAGÉ(S) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LOST DUE TO DAMAGE / ARTICLE(S) /PERDU(S) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

## SENDER INFORMATION/ INFORMATION SUR L'EXPÉDITEUR

<input type="text"/> COMPANY NAME / NOM DE COMPAGNIE	
<input type="text"/> ADDRESS / ADRESSE	<input type="text"/> CITY/TOWN
<input type="text"/> POSTAL CODE / CODE POSTAL	<input type="text"/> CONTACT / PERSONNE- RESSOURCE

## RECEIVER INFORMATION / INFORMATION SUR LE DESTINATAIRE

<input type="text"/> COMPANY NAME / NOM DE COMPAGNIE	
<input type="text"/> ADDRESS / ADRESSE	<input type="text"/> CITY/TOWN
<input type="text"/> POSTAL CODE / CODE POSTAL	<input type="text"/> CONTACT / PERSONNE- RESSOURCE

## CLAIM CHECKLIST / LISTE DE CONTROLE

(PLEASE ENSURE THE FOLLOWING INFORMATION IS ALSO ATTACHED / ASSUREZ-VOUS QUE LES INFORMATIONS SUIVANTES SONT AUSSI INCLUSES)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> COPY OF WAYBILL OR MANIFEST /<br>COPIE DU MANIFESTE OU BORDEREAU | <input type="checkbox"/> COPY OF WHOLESALE COST INVOICE/<br>COPIE DE LA FACTURE DU GROSSISTE | <input type="checkbox"/> IF DAMAGED, PICTURE OF DAMAGED ITEM/<br>SI ENDOMMAGÉ, PHOTO DE L'ARTICLE<br>ENDOMMAGÉ |
|---|--|--|

I hereby certify that all information on this form and its supporting documentation is true.  
Par ce document, je certifie que toutes les informations ainsi que les documents joints sont véridiques.

<input type="text"/> Claimant's Signature / Signature du demandeur
<input type="text"/> Claimant's Name ( Printed ) / Nom du demandeur (lettres Majuscule)

<input type="text"/> Date
------------------------------

Please note: All requests missing checklist items will be denied due to missing information. Send all claim requests and supporting documentation to:  
Veuillez noter: Toute demande de réclamation dont la liste de contrôle est incomplète sera refusée. Envoyez toute demande de réclamation accompagnée des documents justificatifs à:

ICS Courier CLAIMS DEPT  
300 Talbot Street W, Aylmer, ON N5H 1K2  
Or/ Ou  
Fax: 519-773-9316 ; Toll Free 1-800-876-2291