

CONFIRMATION PROVISOIRE

Assurance automobile des entreprises

Emplacement pour
l'identification (logo)
du cabinet

ASSURÉ(S) DÉSIGNÉ(S)

Nom(s) : _____

Adresse : _____

ASSUREUR

Nom : _____

N° de police : _____

Date d'entrée en vigueur : _____

Date d'expiration : _____

FORMULE DES PROPRIÉTAIRES (F.P.Q. N° 1) :

Description du/des véhicule(s) assuré(s)

Année/Marque : _____

Modèle : _____

N° d'identification : _____

Véhicule : neuf

de démonstration

usagé

Utilisation : _____

LOCATEUR / CRÉANCIER

Nom : _____

Adresse : _____

Achat Location

Selon annexe ci-jointe : (si plusieurs véhicules)

POLICE DES GARAGISTES (F.P.Q. N° 4) :

Incluant les véhicules appartenant à l'assuré

Excluant les véhicules appartenant à l'assuré

| GARANTIES | RISQUES | MONTANT D'ASSURANCE | FRANCHISES |
|---|---|---------------------|------------|
| Chapitre A Responsabilité civile | Dommages matériels ou dommages corporels causés à d'autres personnes | _____ \$ | _____ \$ |
| Chapitre B Dommages aux véhicules assurés | <input type="checkbox"/> Protection 1 : « Tous risques » | _____ \$ | _____ \$ |
| | <input type="checkbox"/> Protection 2 : Risques de collision et de renversement | _____ \$ | _____ \$ |
| | <input type="checkbox"/> Protection 3 : Tous les risques sauf collision ou renversement | _____ \$ | _____ \$ |
| | <input type="checkbox"/> Protection 4 : Risques spécifiques | _____ \$ | _____ \$ |
| Chapitre C Responsabilité civile pour dommages éprouvés par les véhicules confiés (F.P.Q. N° 4) | <input type="checkbox"/> Protection 1 : « Tous risques » | _____ \$ | _____ \$ |
| | <input type="checkbox"/> Protection 2 : Risques de collision et de renversement | _____ \$ | _____ \$ |
| | <input type="checkbox"/> Protection 3 : Tous les risques sauf collision ou renversement | _____ \$ | _____ \$ |
| | <input type="checkbox"/> Protection 4 : Risques spécifiques | _____ \$ | _____ \$ |

| AVENANTS | | | |
|--|---|---|--|
| Conduite véhicules non désignés <input type="checkbox"/> F.A.Q. 2 | Véhicules loués ou crédit-bail <input type="checkbox"/> F.A.Q. 5a | Restriction garantie de bris de glaces <input type="checkbox"/> F.A.Q. 13c | Frais de déplacement <input type="checkbox"/> F.A.Q. 20 <input type="checkbox"/> F.A.Q. 20a |
| Préavis au créancier <input type="checkbox"/> F.A.Q. 23a | Location court terme/emprunt <input type="checkbox"/> F.A.Q. 27 _____ \$ | Assurance de personnes <input type="checkbox"/> F.A.Q. 34 | Valeur de remplacement <input type="checkbox"/> F.A.Q. 43 |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) | _____ | _____ | _____ |

F.P.Q. N° 5 - ASSURANCE DE REMPLACEMENT

Oui : Non :

Durée du contrat « Assurance de remplacement » : _____

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE ET DÉCLARATIONS IMPORTANTES POUR L'APPRÉCIATION DU RISQUE

Note importante : Le présent document contient un résumé des informations contenues au contrat d'assurance. Les garanties sont assujetties aux conditions, limitations et exclusions du contrat émis par l'assureur.

La présente confirmation d'assurance constate l'existence du contrat d'assurance, dans l'attente de l'émission de votre police d'assurance, et est valide pour une période de ____ jours. Le maintien en vigueur des garanties est conditionnel au paiement de la prime.

Par : _____
Signature du représentant certifié

Date : _____

Nom : _____

Téléphone : _____

Titre : _____

Formulaire réalisé par :

