

CONFIRMATION PROVISOIRE

Assurance des entreprises

Emplacement pour
l'identification (logo)
du cabinet

ASSURÉ(S)

Nom(s) : _____

Adresse : _____

ADRESSE DU RISQUE (si différente de l'adresse ci-dessus) :

ACTIVITÉ(S) DÉCRITE(S)/DÉCLARÉE(S) :

ASSUREUR

Nom : _____

N° de police : _____

Date d'entrée en vigueur : _____

Date d'expiration : _____

CRÉANCIER

Nom : _____

Adresse : _____

À titre de créancier sur : (ex. : bâtiment, contenu, équipement)

OBJET DE L'ASSURANCE	RÈGLE PROPORTIONNELLE	VALEUR À NEUF	MONTANTS	FRANCHISES
Assurance biens				
<input type="checkbox"/> Bâtiment : <input type="checkbox"/> Risques spécifiés <input type="checkbox"/> Formule étendue <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> % : _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Contenu de toute description <input type="checkbox"/> Risques spécifiés <input type="checkbox"/> Formule étendue <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> % : _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Marchandise: <input type="checkbox"/> Risques spécifiés <input type="checkbox"/> Formule étendue <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> % : _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Autre(s) : _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> % : _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$
Assurance responsabilité				
<input type="checkbox"/> Générale			_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Professionnelle (erreurs et omissions)			_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Administrateurs et dirigeants			_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Responsabilité civile complémentaire (umbrella)			_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Responsabilité locative			_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Autre(s) : _____			_____ \$	_____ \$

AVENANTS		
	Montants	Franchises
<input type="checkbox"/> Pollution accidentelle	_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Dispositions légales visant la reconstruction	_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Eau – refoulement d’égout	_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Eau – inondation	_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Frais de démolition extérieure	_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Tremblement de terre	_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Perte(s) d’exploitation/frais supplémentaires	_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Bris d’équipement	_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Autre(s) (décrire) :	_____ \$	_____ \$
_____	_____ \$	_____ \$
_____	_____ \$	_____ \$

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

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 :

