

CONFIRMATION PROVISOIRE

Assurance habitation

COORDONNÉES DU CABINET

Nom: _____

Adresse: _____

ASSUREUR

Nom: _____

N° de police: _____

Date d'entrée en vigueur: _____

Date d'expiration: _____

CRÉANCIER HYPOTHÉCAIRE

Nom: _____

Adresse: _____

ASSURÉ(S)

Nom(s): _____

Adresse: _____

ADRESSE DU RISQUE (si différente de l'adresse postale)

OBJET DE L'ASSURANCE	FORMULE	FRANCHISE
<input type="checkbox"/> Propriétaire occupant <input type="checkbox"/> Copropriétaire occupant <input type="checkbox"/> Locataire occupant <input type="checkbox"/> Autre: _____	<input type="checkbox"/> Résidence secondaire <input type="checkbox"/> Résidence saisonnière <input type="checkbox"/> Immeuble loué à des tiers <input type="checkbox"/> Risques spécifiés <input type="checkbox"/> Bâtiment – Tous risques / Contenu – Risques spécifiés <input type="checkbox"/> Tous risques <input type="checkbox"/> Incendie et garanties annexes <input type="checkbox"/> Autre: _____	_____ \$

GARANTIES

Coûts de réparation ou de reconstruction	MONTANTS	MONTANTS
<input type="checkbox"/> MONTANT DE GARANTIE UNIQUE Bâtiment <input type="checkbox"/> Dépendances <input type="checkbox"/> Contenu <input type="checkbox"/> Unité d'habitation <input type="checkbox"/>	_____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$	Améliorations locatives _____ \$ Répartition _____ \$ Responsabilité civile _____ \$ Responsabilité civile complémentaire (Umbrella) _____ \$

AVENANTS

MONTANTS	MONTANTS
<input type="checkbox"/> Débordement ou fuite de mazout _____ \$ <input type="checkbox"/> Dispositions légales visant la reconstruction _____ \$ <input type="checkbox"/> Dommages d'eau – Eau du sol et égouts _____ \$ <input type="checkbox"/> Dommages d'eau – Eau au dessus du sol _____ \$ <input type="checkbox"/> Frais de démolition extérieure _____ \$ <input type="checkbox"/> Spa et piscine creusés _____ \$ <input type="checkbox"/> Spa et piscine hors-terre ou semi-creusés _____ \$ <input type="checkbox"/> Tremblements de terre _____ \$ <input type="checkbox"/> Autre: _____ \$	<input type="checkbox"/> Modification des montants d'assurance _____ \$ _____ \$ <input type="checkbox"/> Biens divers risques spécifiés _____ \$ _____ \$ <input type="checkbox"/> Biens divers tous risques _____ \$ _____ \$ _____ \$

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

Les couvertures sont assujetties aux primes, conditions, limitations et exclusions du contrat émis par l'assureur. La présente confirmation d'assurance remplace provisoirement, pour une période de _____ jours, votre police d'assurance qui sera émise sous peu. Le maintien en vigueur des garanties est conditionnel au paiement de la prime.

Par : _____ Date : _____

Signature du représentant certifié

Nom : _____ Téléphone : _____

Titre : _____

Formulaire réalisé par :