

AVIS À L'ASSUREUR : Le présent formulaire de demande d'indemnité (incendie) doit être comparé au contenu exigé dans la Loi sur les assurances de chaque province et territoire et les modifications doivent être incorporées au besoin pour qu'il soit entièrement conforme à la loi.

DEMANDE D'INDEMNITÉ – INCENDIE Le présent formulaire est fourni conformément à la Loi sur les assurances, dans les provinces et territoires qui l'exigent, et sans porter atteinte à la responsabilité de l'assureur.

RÉCLAMATION N°

ASSUREUR
 ASSURÉ
NOM ADRESSE

Aux termes de la police n° en vigueur jusqu'au
 contre la perte ou le dommage causé par au montant de dollars
 conformément aux modalités et conditions qu'elle contient, y compris tous les formulaires et/ou avenants qui s'y rattachent et qui en font partie.

DATE, HEURE ET CAUSE : Un sinistre est survenu le 20, à (sur 24 heures) causé par

LIEU : Le sinistre est survenu à

OCCUPATION : L'immeuble assuré ou renfermant les biens assurés était occupé aux seules fins suivantes

TITRE ET INTÉRÊT : Au moment du sinistre, l'intérêt de l'assuré dans le bien décrit était la propriété unique et inconditionnelle et aucune autre personne ne détenait un intérêt, un privilège ou une charge sur le bien, sauf

MODIFICATIONS : Depuis la délivrance de la police susmentionnée, aucune modification n'a été apportée à l'usage, à la possession, à l'emplacement ou à la nature du risque concernant le bien décrit, sauf

TAXE DE VENTE HARMONISÉE : Le montant réclamé devrait être le montant duquel a été déduite la TVH recouvrable.
 L'assuré est-il inscrit aux fins de la TVH? OUI NON
 Si OUI, veuillez préciser : a) le numéro d'enregistrement b) le pourcentage recouvrable

ASSURANCE ET SINISTRE : Une description détaillée du sinistre est jointe à la présente et fait partie de la présente demande. La valeur au jour du sinistre du bien assuré, le montant réel de la perte ou du dommage, l'assurance totale sur celui-ci au moment du sinistre susmentionné et le montant réclamé aux termes de la présente police sont les suivants :

Article	Coût de remplacement	Valeur au jour du sinistre	Perte ou dommage total	Assurance totale	Montant précisé dans la police	Montant réclamé aux termes de la police
TOTAL						

AUTRE ASSURANCE : Il n'existe aucun autre contrat d'assurance écrit ou verbal, valide ou non valide, sauf (assureurs et montants)

La perte ou le dommage n'est pas dû à un acte intentionnel de l'assuré, à sa négligence ni ne s'est produit à l'incitation ou avec l'aide ou la connivence de l'assuré ou du déclarant.

Le paiement de la présente réclamation à

est autorisé par la présente et, en contrepartie d'un tel paiement, l'assureur est libéré à jamais de toute autre réclamation concernant ladite perte ou ledit dommage. Tous les droits de recouvrement contre toute autre personne sont par la présente cédés à l'assureur qui est autorisé à intenter une poursuite au nom de l'assuré afin de faire valoir de tels droits. Tout droit, titre et intérêt à l'égard de toute récupération est par la présente cédé à l'assureur.

Je (nous) déclare (déclarons) solennellement que j'ai (nous avons) fait la réclamation et les déclarations ci-dessus au mieux de ma (notre) connaissance et je fais (nous faisons) cette déclaration solennelle, la croyant consciencieusement vraie et sachant qu'elle a la même force et le même effet que si elle était faite sous serment. Si la déclaration est faite au nom d'une organisation, je déclare (nous déclarons) solennellement que j'ai (nous avons) le pouvoir de lier l'organisation.

DÉCLARÉ devant moi à
 le 20

..... Assuré

.....
 Commissaire aux affidavits

(Inscrire le nom de l'organisation et le titre du ou des signataires Assuré si l'assuré nommé n'est pas un particulier)

LISTE DES SINISTRES

Description du bien (marque, modèle, n° de série, quantité)	Date et lieu de l'achat (nom et adresse du fournisseur)	Date approx. d'achat	Coût d'origine approx. (prix d'achat)	Coût de remplacement ou de réparation	Dépréciation	Montant réclamé
TOTAUX						0
FRANCHISE						
RÉCLAMATION NETTE						

Je confirme (nous confirmons) que la liste ci-dessus est exacte et complète :

_____ (Assuré) _____ (Assuré)
 _____ Date _____ Date

RÉPARTITION DES SINISTRES

ASSUREUR	N° DE POLICE	ASSURE	PAIE
TOTAUX			