

RAPPORT ABRÉGÉ DE PERTE MATÉRIELLE

Date:

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

RAPPORT INTÉRIMAIRE

RAPPORT FINAL

À : Assuré :
 Adresse :
 Police: Échéance
 Agent :
 Adresse :
 Date du sinistre :
 N° de réclamation : Notre n° de dossier

COUVERTURE : RESERVE PROPOSÉE :
 \$ article \$
 \$ article \$
 \$ article \$
 \$ article \$

LIEU DU RISQUE HYPOTHÈQUE
 TAILLE ET STRUCTURE DE L'IMMEUBLE

RÉCLAMATIONS PRÉCÉDENTES

FRANCHISES

NUMÉROS DE FORMULAIRE COASS. () NON () OUI

CAUSE DU SINISTRE :

DÉTAILS DU SINISTRE ET REMARQUES :

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

DEMANDE DE PAIEMENT : Veuillez tirer les traites suivantes. () Nous avons tiré les traites suivantes. ()
 \$ à :
 \$ à :
 \$ à :
 \$ à :

RÉCLAMATION REFUSÉE () MOINS QUE LA FRANCHISE () RÉCLAMATION REFUSÉE POUR AUTRES MOTIFS ÉNUMÉRÉS CI-DESSUS : ()

SUBROGATION: () NON () OUI () VOIR REMARQUES RÉCUPÉRATION : () NON () OUI () VOIR REMARQUES

PIÈCES JOINTES :

| | | |
|--|---|---|
| DÉCL. DE L'ASSURÉ <input type="checkbox"/> | FACTURE/ESTIM. DE RÉPARATION <input type="checkbox"/> | NOTRE FACTURE FINALE <input type="checkbox"/> |
| RAPPORT DE POLICE <input type="checkbox"/> | ESTIMATIONS DES EXPERTS <input type="checkbox"/> | FACTURE PROVISoire <input type="checkbox"/> |
| RAPP. DU SERV. D'INC. <input type="checkbox"/> | TABLEAU DES SINISTRE <input type="checkbox"/> | AUTRE FACTURE <input type="checkbox"/> |
| CROQUIS/DIAGRAMME <input type="checkbox"/> | DEMANDE D'INDEMNITÉ <input type="checkbox"/> | |
| PHOTOGRAPHIES <input type="checkbox"/> | SUBROGATION/REÇU DE PRÊT <input type="checkbox"/> | |

FORMULAIRES DU BUREAU ET DE LA PROV. TRAITÉS :

(Signature de l'expert en sinistres)