



DEMANDE D'ASSURANCE FLOTTANTE DES BIENS DES ENTREPRISES

**VEUILLEZ S'IL VOUS PLAÎT RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS
SI LES QUESTIONS NE S'APPLIQUENT PAS VEUILLEZ INDIQUER N/A
SI L'ESPACE EST INSUFFISANT VEUILLEZ AJOUTER DES FEUILLES SUPPLÉMENTAIRES**

1. Nom du demandeur :

2. Fonctionnant sous le nom de :

3. Nom du contact : _____ Numéro de téléphone : _____

4. Adresse postale avec code postale :

5. Adresse de l'endroit où se trouve le bien officiel lorsque celui-ci n'est pas utilisé ? Voir l'adresse ci-dessus
S'il s'agit d'une autre adresse veuillez préciser :

6. La durée du contrat : Du : _____ Au : _____

7. Nom et adresse des créanciers hypothécaires :

8. Activités des occupants de la propriété :

Présence de dangers particuliers: (liquides inflammables / processus thermiques / soudage) :

9. Est-ce que le bien est sujet à être transporté ? Oui Non
Si oui, veuillez inscrire le moyen de transport utilisé :

Où est-ce que le bien est transporté ?

10. LA CONSTRUCTION

Année de construction: _____ Ajout : _____

Améliorations : _____ Nombre d'étages : _____

La construction du mur : Béton/Brique Cadre en acier Cadre en bois Autre : _____

La construction du toit : Béton Tablier en acier Solive de bois
 Acier sur Acier Autre : _____

La finition du toit : Bardeaux Goudron et gravier Membrane en caoutchouc
 Bardeaux de bois Métal Autre : _____

L'année de la mise à jour du toit : _____

La construction du plancher : Béton Béton sur Acier Bois Autre : _____

Superficie Habitable (pieds carrés) : _____ Superficie totale (pieds carrés) : _____

Chauffage : _____ L'année de la mise à jour: _____

Plomberie : _____ L'année de la mise à jour: _____

Câblage : Fusibles Disjoncteurs L'année de la mise à jour : _____

Mesures de sécurité : Alarme cambrioleur Alarme locale Système d'alarme relié
 Barres métalliques qui protègent toutes les portes et fenêtres
 Cour clôturée Autre : _____

Incendie : Extincteurs automatiques % : _____
 Alarme locale Système d'alarme relié
 Alarme à feu
 Alarme locale Système d'alarme relié
 Extincteur d'incendie # : _____

Protection municipale :

Nombre de bouches d'incendie à moins de 500 pieds : _____

Caserne des pompiers : _____ Km _____

Voisinage : À droite : _____ À gauche : _____
Devant : _____ Arrière : _____

11. Veuillez décrire tous autres dangers particuliers qui existent parmi le fonctionnement d'affaires du demandeur ?

12. Est-ce que le bien est utilisé uniquement par le demandeur ? Oui Non

Si le bien est loué, veuillez répondre aux questions suivantes et inclure une copie du bail type du demandeur :

a) L'équipement est loué à : Location long terme Location court terme

b) Valeur maximale des biens sur le bail à la fois : _____

c) Valeur moyenne des biens sur le bail à la fois : _____

d) Si le bien est loué, veuillez décrire les opérations de locations.

e) Est-ce que l'assuré obtient preuve d'assurance du locataire ?

13. Est-ce que l'entretien et les remaniements se font régulièrement ? Oui Non
Qui s'occupe de l'entretien ?
-

14. Est-ce que le demandeur a déjà été refusé pour ce type d'assurance ou a déjà eu ce type d'assurance annulé par un assureur ? Oui Non
Si oui, veuillez expliquer pourquoi.

Assureur précédent : _____ Prime de la police à échéance : _____

15. Veuillez fournir un relevé complet des pertes des 5 dernières années. Veuillez spécifier les dates, les causes ainsi que les montants des pertes.

Date de la perte	Cause de la perte	Montant de la perte

16. Veuillez soit joindre en annexe une liste des biens et inclure une description complète de ceux-ci y compris le numéro de série ou compléter le tableau suivant.

Date Manufacturer	Description des biens assurables (inclure le numéro de série)	Coût de remplacement	Valeur monétaire réelle

17. Est-ce que le montant a assuré représente la liste complète du demandeur ? Oui Non
Si non, veuillez identifier les autres assureurs :
-

18. Quel est l'état général du bien ?

Excellent

Bien

Passable

Pauvre

19. Créancier hypothécaire/bénéficiaire de perte (inclure l'adresse postale) :

LE SOUSSIGNÉ RECONNAÎT LA VÉRACITÉ DES DÉCLARATIONS CONTENUES DANS CE DOCUMENT.

JE VOUS AUTORISE À RECUEILLIR, UTILISER ET DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DANS LA MESURE PERMISE PAR LA LOI DANS LE CADRE DE VOTRE POLICE D'ASSURANCE COMMERCIALE OU D'UN RENOUVELLEMENT, D'EXTENSION OU DE MODIFICATION DE CELUI-CI AUX FINS NÉCESSAIRES POUR ÉVALUER LES RISQUES, D'ENQUÊTER ET DE RÉGLER LES DEMANDES D'INDEMNISATION ET DÉTECTER ET PRÉVENIR LA FRAUDE, TELLES QUE LES INFORMATIONS DE CRÉDIT ET LES ANTÉCÉDENTS DE SINISTRES.

Aux fins de la Loi sur les sociétés d'assurance, ce document a été établi dans le cadre des activités d'assurance de Le Souscripteur de Lloyd's au Canada.

Signature du demandeur (représentant autorisé)

Date

ENVOYÉ PAR :

COURRIEL :

Pour plus d'informations veuillez visiter :

www.markelinternational.ca