



PROPOSITION BIENS, VOL ET DETOURNEMENTS DE VICTOR

Courtier: _____

Personne-ressource: _____

Endroit #: _____

Nom de l'Assuré: _____

Rue: _____ Bureau: _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postal: _____

Construction

- 1. Résistant au feu
- 2. Incombustible avec murs en maçonnerie
- 3. Incombustible sans murs en maçonnerie
- 4. Maçonnerie
- 5. Bois lambrissé brique
- 6. Bois et autres

Protection Publique

- Moins de 305 mètres (1,000 pieds) d'une borne fontaine
- A plus de 305 mètres (1,000 pieds) d'une borne fontaine, mais moins de 8 kilomètres (5 milles) d'un poste de pompiers
- A plus de 8 kilomètres (5 milles) d'un poste de pompiers

Pourcent du bâtiment équipé d'arroseuses _____

Veillez décrire ce qui est localisé de chaque côté, dans l'avant et derrière du bâtiment vous occupez:

En avant	_____	Construction (1-6)	_____	Distance	_____	(Mètres)
En arrière	_____	Construction (1-6)	_____	Distance	_____	(Mètres)
A gauche	_____	Construction (1-6)	_____	Distance	_____	(Mètres)
A droit	_____	Construction (1-6)	_____	Distance	_____	(Mètres)

Occupation (autre que par le client) _____

Année construit: _____ Combien d'hypothèques sont sur cette propriété? _____

Si construit avant 1965 indiqué la dernière année chacun des systèmes suivants était complètement mis à jour:

Toit _____ Tuyauterie _____ Arroseuses _____ Chauffage _____ Elém. Elect. _____ Climatisation _____

Type d'immeuble: Immeuble de grande hauteur Galerie marchande Centre commercial linéaire Isolée Autres _____

Chauffage: Air pulsé Gaz Electrique Huile Autres _____

Climatisation: Centrale Appareil au toit Autres _____

Nombre d'étages: _____ Nombre d'unités/suites _____ Mètres carrés totaux au rez-de-chaussée: _____

Nombre d'étages que vous occupez: _____ Mètres carrés totaux occupez: _____

Donner les détails des sinistres survenus au cours des cinq dernières années: (Biens, vol et détournements)

Date	Montant payé	Provision	Franchise	Description	Assuré
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Alarme antivol: Aucune protection Poste de surveillance avec homologation ULC
 Non reliée Centrale d'alarme avec homologation ULC
 Autre, décrivez SVP _____

Informations sur la protection de toutes les fenêtres, portes et autres ouvertures: _____

Coffre-fort: Oui Non Si "Oui", décrivez SVP: _____

Montant maximum d'argent sur les lieux pendant les heures de travail: _____

Montant maximum d'argent sur les lieux en dehors des heures de travail: _____

ASSURANCE DES BIENS

Biens - Franchise	<input type="checkbox"/> 1 000 \$ (de base)	<input type="checkbox"/> 2 500 \$	<input type="checkbox"/> 5 000 \$
Bâtiment – valeur à neuf	Montant de base NUL	Garantie requise	_____
Contenu à usage professionnel	Montant de base 50 000 \$	Garantie requise	_____
Ordinateurs portatifs/Biens divers	Montant de base 5 000 \$	Garantie requise	_____

*Attacher une cédule incluant marque, numéro de série et valeur pour chaque élément si limites plus élevées sont requises.

Extensions

Franchise (extensions des biens)*	<input type="checkbox"/> 1 000 \$ (de base)	<input type="checkbox"/> 2 500 \$	<input type="checkbox"/> 5 000 \$
Contenu à usage professionnel en cours de transport ou temporairement hors des lieux			
<input type="checkbox"/> 25 000 \$ (Montant de base) Option	<input type="checkbox"/> 30 000 \$	<input type="checkbox"/> 35 000 \$	<input type="checkbox"/> 40 000 \$
		<input type="checkbox"/> 45 000 \$	<input type="checkbox"/> 50 000 \$
		Montant de base	Garantie requise

Comptes clients	50 000 \$
Documents de valeur	50 000 \$
Honoraires professionnels	50 000 \$
Bris d'équipement – Substances dangereuses	50 000 \$

Bris d'équipement - Franchise 1 000 \$ (de base) 2 500 \$ 5 000 \$

Perte d'exploitation - période d'indemnité: (période de base) 12 mois Option: 18 mois 24 mois

Vol et Détournements

Perte d'argent sur les lieux/hors des lieux 5 000 \$ (Montant de base) Limite optionnelle 10 000\$

Cette demande d'assurance est basée sur l'information donnée ci-dessus. Je vous autorise à recueillir, utiliser et divulguer les renseignements personnels fournis dans cette proposition d'assurance ou un renouvellement, extension ou variation de cela à Aviva pour usage professionnel.

Nom: _____
(imprimer SVP)

Poste: _____

Signature: _____

Date: _____

Veillez envoyer toute proposition par : Télécopieur : 613-786-2001 ou Courriel : soumettrepropositions.ca@victorinsurance.com