

DEMANDEUR (SI CE N'EST PAS L'ASSURÉ)

NOM: _____ **PRÉNOM:** _____

COMPAGNIE D'ASSURANCES / _____
EXPERT EN SINISTRES

ADRESSE: _____ **RUE:** _____

VILLE: _____

PROV.: _____ **CODE POSTAL:** _____

TÉL.: (_____) _____ **FAX:** (_____) _____

COURRIEL: _____

ASSURÉ

NOM: _____ **PRÉNOM:** _____

ADRESSE: _____ **RUE:** _____

VILLE: _____

PROV.: _____ **CODE POSTAL:** _____

TÉL.: (_____) _____ **FAX:** (_____) _____

COURRIEL: _____

NUMÉRO DE DOSSIER: _____

NUMÉRO DE POLICE: _____

LISTE DES BIENS

ITEM	QUANTITÉ	MARQUE/MODÈLE OU DESCRIPTION	PAYÉ \$	ANNÉE
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____