

RAPPORT DE SINISTRE BATEAU DE PLAISANCE

Date de la réclamation: _____ Heure de la réclamation: _____

No. De police: _____ No. De formulaire: _____

Date effective: _____ Date d'expiration: _____

Nom de l'assuré: _____

Personne contact: _____ Tél (rés.): _____

Tel (Cell): _____ Tel (Bus): _____

Courriel: _____ Télécopier: _____

Adresse de l'assuré: _____

Embarcation: _____ Conducteur: _____

Lieu du sinistre: _____

Lieu où se retrouve l'embarcation: _____

Téléphone: _____ Contact: _____

Détails du sinistre et remarques: _____

Cabinet de courtage: _____ Nom du courtier: _____

Téléphone: _____ Télécopier: _____

Courriel: _____

Retournez le tout:

Télécopieur : 604-669-9662 ou par courriel: reclamations@premiergroup.ca