

# LIST OF PROPERTY

TO BE COMPLETED BY THE INSURED AND/OR THE CLAIMANT

DESCRIPTION				DATE OF PURCHASE	PLACE OF PURCHASE	UNIT REPLACEMENT VALUE WITHOUT TAX	PROOF INCLUDED <small>Select your choice</small>	REPLACEMENT INTENTION
No.	NBR	NAME AND MODEL	SERIAL NUMBER					
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	

Name of the Insured and/or the Claimant: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date

Policy : \_\_\_\_\_

Damages sustained on : \_\_\_\_\_

Claims : \_\_\_\_\_

Page : \_\_\_\_\_ of : \_\_\_\_\_

### LIST OF PROPERTY

TO BE COMPLETED BY THE INSURED AND/OR THE CLAIMANT								
DESCRIPTION				DATE OF PURCHASE	PLACE OF PURCHASE	UNIT REPLACEMENT VALUE WITHOUT TAX	PROOF INCLUDED <small>Select your choice</small>	REPLACEMENT INTENTION
No.	NBR	NAME AND MODEL	SERIAL NUMBER					
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	
							<input type="text"/> <input type="text"/>	

\_\_\_\_\_  
Name of the Insured and/or the Claimant:

\_\_\_\_\_  
Date

Policy : \_\_\_\_\_

Damages sustained on : \_\_\_\_\_

Claims : \_\_\_\_\_

Page : \_\_\_\_\_ of : \_\_\_\_\_