

---

N° police / N° cotation

---

Nom de l'assuré

---

Adresse de l'emplacement

---

### **DESCRIPTION EXACTE DES ACTIVITÉS**

---

Nombre de jours / semaine ouverts pour affaires

---

Horaire d'opération

---

Description des produits périssables

---

---

---

Quels produits désirez-vous assurer ?

congelés      réfrigérés      périssables (autre que congelés ou réfrigérés)

---

Valeur maximale des produits réfrigérés

---

Valeur maximale des produits congelés

---

Valeur maximale des autres produits périssables

---

Combien de temps sans réfrigération avant que les produits ne soient endommagés ?

---

Nombre de chambres froides

---

Nombre de congélateurs

---

Est-ce que chaque chambre froide ou congélateur a son propre système de réfrigération ?

---

Est-ce que l'équipement est de plus de 10 ans

---

Est-ce qu'il y a un système de détection de variation de température ?

---

Est-ce que ce système protège chaque chambre froide ou congélateur en cas de panne ou variation de température ?

---

---

Est-ce que ce système est relié à un poste de surveillance ?

---

Plan de mesure d'urgence

---

Sinistres antérieurs à cinq (5) ans. Spécifiez.

---

---

---

---

Signature

---

Date