

CONSTAT AMIABLE DEGATS DES EAUX

Valant déclaration de sinistre

A ADRESSER DANS LES CINQ JOURS A VOTRE ASSUREUR

Ne constitue pas une reconnaissance de responsabilité, mais un relevé des identités et des faits servant à l'accélération du règlement.

date du sinistre _____		Adresse de l'immeuble sinistré _____	
		Bât(s) _____	Esc(s) _____ Etage(s) _____
CAUSE DU SINISTRE dans l'immeuble sinistré <input type="checkbox"/> dans un immeuble voisin <input type="checkbox"/>			
Adresse _____			
Nom et adresse du gérant, syndic ou propriétaire _____			
L'immeuble où se situe la cause du sinistre a-t-il été construit depuis moins de 10 ans ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
* Fuite sur canalisation (cocher une case par ligne)		* Débordement d'appareils à effet d'eau (évier, lavabo, machine à laver...) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> commune	<input type="checkbox"/> privative	* Débordement ou renversement de récipients <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> chauffage	<input type="checkbox"/> alimentation	<input type="checkbox"/> évacuation	
<input type="checkbox"/> accessible	<input type="checkbox"/> non accessible	* infiltrations par : toiture <input type="checkbox"/> terrasse <input type="checkbox"/> façade <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> enterrée	<input type="checkbox"/> non enterrée	châssis (fenêtre, porte-fenêtre) <input type="checkbox"/>	
* Fuite, débordement de chéneaux ou gouttières <input type="checkbox"/>		joint d'étanchéité (installations sanitaires ou carrelage) <input type="checkbox"/>	
UN ENTREPRENEUR, UN INSTALLATEUR OU UN VENDEUR		* Autre cause : laquelle _____	
Vous paraît-il être à l'origine du sinistre ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		des frais ont-ils été engagés pour RECHERCHER LA FUITE ?	
Si oui, pourquoi _____		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Nom et adresse _____		Qui les a supportés ? _____	
Sté d'assurance _____ Police n° _____		la fuite a-t-elle été réparée ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

A		COCHER LES CASES CONCERNEES		B				
Nom _____				Nom _____				
Prénom _____				Prénom _____				
Adresse _____				Adresse _____				
Bât _____ Esc _____ Etage _____ Tél. _____				Bât _____ Esc _____ Etage _____ Tél. _____				
STE D'ASSURANCES _____				STE D'ASSURANCES _____				
Police n° _____				Police n° _____				
Nom, adresse de l'agent ou courtier _____				Nom, adresse de l'agent ou courtier _____				
_____ Tél. _____				_____ Tél. _____				
ETES-VOUS DANS :				ETES-VOUS DANS :				
* un immeuble locatif :				* un immeuble locatif :				
propriétaire <input type="checkbox"/> occupant <input type="checkbox"/>				propriétaire <input type="checkbox"/> occupant <input type="checkbox"/>				
* un immeuble en copropriété :				* un immeuble en copropriété :				
copropriétaire : occupant <input type="checkbox"/> non occupant <input type="checkbox"/>				copropriétaire : occupant <input type="checkbox"/> non occupant <input type="checkbox"/>				
locataire de copropriétaire <input type="checkbox"/>				locataire de copropriétaire <input type="checkbox"/>				
* une maison particulière				* une maison particulière				
propriétaire <input type="checkbox"/> occupant <input type="checkbox"/>				propriétaire <input type="checkbox"/> occupant <input type="checkbox"/>				
NOM du GERANT ou du SYNDIC (à défaut du propriétaire) de l'IMMEUBLE _____				NOM du GERANT ou du SYNDIC (à défaut du propriétaire) de l'IMMEUBLE _____				
Adresse _____				Adresse _____				
Sté d'Assurances garantissant l'immeuble en dégâts des eaux : _____				Sté d'Assurances garantissant l'immeuble en dégâts des eaux : _____				
_____ Police n° _____				_____ Police n° _____				
Nom, adresse de l'agent ou courtier _____				Nom, adresse de l'agent ou courtier _____				
_____ Tél. _____				_____ Tél. _____				
		NATURE DES DOMMAGES						
		peinture et/ou papier peint						
		<input type="checkbox"/> collés <input type="checkbox"/> agrafés ou cloués <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="padding: 0 5px;">revêtements (sol, mur, plafond)</td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> </tr> </table>		}	revêtements (sol, mur, plafond)	}		
}	revêtements (sol, mur, plafond)	}						
		<input type="checkbox"/> collés <input type="checkbox"/> agrafés ou cloués						
		Ces aménagements ont-ils été exécutés à vos frais ?						
		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>						
		Autres dommages immobiliers (carrelage, parquet, plâtrerie...)						
		<input type="checkbox"/>						
		Objets mobiliers						
		<input type="checkbox"/>						
		Matériels ou marchandises						
		<input type="checkbox"/>						
		Autres dommages (à préciser)						
		<input type="checkbox"/>						

OBSERVATIONS **A** :

FAIT **A**

A

LE

Signatures

OBSERVATIONS **B** :

B

CONSTAT AMIABLE DEGATS DES EAUX

Valant déclaration de sinistre

A ADRESSER DANS LES CINQ JOURS A VOTRE ASSUREUR

Ne constitue pas une reconnaissance de responsabilité, mais un relevé des identités et des faits servant à l'accélération du règlement.

date du sinistre <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Adresse de l'immeuble sinistré _____		
	Bât(s) _____	Esc(s) _____	Etage(s) _____
CAUSE DU SINISTRE dans l'immeuble sinistré <input type="checkbox"/> dans un immeuble voisin <input type="checkbox"/>			
Adresse _____			
Nom et adresse du gérant, syndic ou propriétaire _____			
L'immeuble où se situe la cause du sinistre a-t-il été construit depuis moins de 10 ans ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
* Fuite sur canalisation (cocher une case par ligne)		* Débordement d'appareils à effet d'eau	
<input type="checkbox"/> commune	<input type="checkbox"/> privative	(évier, lavabo, machine à laver...) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> chauffage	<input type="checkbox"/> alimentation <input type="checkbox"/> évacuation	* Débordement ou renversement de récipients <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> accessible	<input type="checkbox"/> non accessible	* infiltrations par :	
<input type="checkbox"/> enterrée	<input type="checkbox"/> non enterrée	toiture <input type="checkbox"/> terrasse <input type="checkbox"/> façade <input type="checkbox"/>	
* Fuite, débordement de chéneaux ou gouttières <input type="checkbox"/>		châssis (fenêtre, porte-fenêtre) <input type="checkbox"/>	
UN ENTREPRENEUR, UN INSTALLATEUR OU UN VENDEUR Vous paraît-il être à l'origine du sinistre ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		* Autre cause : laquelle _____	
Si oui, pourquoi _____ Nom et adresse _____		des frais ont-ils été engagés pour RECHERCHER LA FUITE ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Sté d'assurance _____ Police n° _____		Qui les a supportés ? _____	
		la fuite a-t-elle été réparée ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

A	COCHER LES CASES CONCERNEES	B	
Nom _____	<input type="checkbox"/> oui La cause du sinistre se situe-t-elle chez vous ? <input type="checkbox"/> non	Nom _____	
Prénom _____		<input type="checkbox"/> oui Etes-vous assuré en dégâts des eaux ? <input type="checkbox"/> non	Prénom _____
Adresse _____		<input type="checkbox"/> oui si vous êtes occupant et que vous allez déménager avez-vous donné ou reçu congé ? <input type="checkbox"/> non avant le sinistre / après le sinistre	Adresse _____
Bât _____ Esc _____ Etage _____ Tél. _____		NATURE DES DOMMAGES <input type="checkbox"/> collés revêtements (sol, mur, plafond) collés <input type="checkbox"/> agrafés ou cloués agrafés ou cloués	Bât _____ Esc _____ Etage _____ Tél. _____
STE D'ASSURANCES _____	<input type="checkbox"/> oui Ces aménagements ont-ils été exécutés à vos frais ? <input type="checkbox"/> non	STE D'ASSURANCES _____	
Police n° _____	<input type="checkbox"/> Autres dommages immobiliers (carrelage, parquet, plâtrerie...)	Police n° _____	
Nom, adresse de l'agent ou courtier _____	<input type="checkbox"/> Objets mobiliers	Nom, adresse de l'agent ou courtier _____	
Tél. _____	<input type="checkbox"/> Matériels ou marchandises	Tél. _____	
ETES-VOUS DANS :	<input type="checkbox"/> Autres dommages (à préciser)	ETES-VOUS DANS :	
* un immeuble locatif :		* un immeuble locatif :	
propriétaire <input type="checkbox"/> occupant <input type="checkbox"/>		propriétaire <input type="checkbox"/> occupant <input type="checkbox"/>	
* un immeuble en copropriété :		* un immeuble en copropriété :	
copropriétaire : occupant <input type="checkbox"/> non occupant <input type="checkbox"/>		copropriétaire : occupant <input type="checkbox"/> non occupant <input type="checkbox"/>	
locataire de copropriétaire <input type="checkbox"/>		locataire de copropriétaire <input type="checkbox"/>	
* une maison particulière		* une maison particulière	
propriétaire <input type="checkbox"/> occupant <input type="checkbox"/>		propriétaire <input type="checkbox"/> occupant <input type="checkbox"/>	
NOM du GERANT ou du SYNDIC (à défaut du propriétaire) de l'IMMEUBLE _____		NOM du GERANT ou du SYNDIC (à défaut du propriétaire) de l'IMMEUBLE _____	
Adresse _____		Adresse _____	
Sté d'Assurances garantissant l'immeuble en dégâts des eaux : _____		Sté d'Assurances garantissant l'immeuble en dégâts des eaux : _____	
Police n° _____		Police n° _____	
Nom, adresse de l'agent ou courtier _____		Nom, adresse de l'agent ou courtier _____	
Tél. _____		Tél. _____	
	(à préciser)		
	(à préciser)		

OBSERVATIONS **A** :

FAIT **A**

A

LE

Signatures

OBSERVATIONS **B** :

B

Exemplaire pour le
gérant ou syndic ou
propriétaire de
l'immeuble sinistré
destiné à son assureur

CONSTAT AMIABLE DEGATS DES EAUX

Valant déclaration de sinistre

A ADRESSER DANS LES CINQ JOURS A VOTRE ASSUREUR

Ne constitue pas une reconnaissance de responsabilité, mais un relevé des identités et des faits servant à l'accélération du règlement.

date du sinistre _ _ _ _	Adresse de l'immeuble sinistré _____ Bât(s) _____ Esc(s) _____ Etage(s) _____
CAUSE DU SINISTRE dans l'immeuble sinistré <input type="checkbox"/> dans un immeuble voisin <input type="checkbox"/> Adresse _____ Nom et adresse du gérant, syndic ou propriétaire _____ L'immeuble où se situe la cause du sinistre a-t-il été construit depuis moins de 10 ans ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
* Fuite sur canalisation (cocher une case par ligne) <input type="checkbox"/> commune <input type="checkbox"/> privative <input type="checkbox"/> chauffage <input type="checkbox"/> alimentation <input type="checkbox"/> évacuation <input type="checkbox"/> accessible <input type="checkbox"/> non accessible <input type="checkbox"/> enterrée <input type="checkbox"/> non enterrée * Fuite, débordement de chéneaux ou gouttières <input type="checkbox"/>	* Débordement d'appareils à effet d'eau (évier, lavabo, machine à laver...) <input type="checkbox"/> * Débordement ou renversement de récipients <input type="checkbox"/> * infiltrations par : toiture <input type="checkbox"/> terrasse <input type="checkbox"/> façade <input type="checkbox"/> châssis (fenêtre, porte-fenêtre) <input type="checkbox"/> joint d'étanchéité (installations sanitaires ou carrelage) <input type="checkbox"/> * Autre cause : laquelle _____ des frais ont-ils été engagés pour RECHERCHER LA FUITE ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Qui les a supportés ? _____ la fuite a-t-elle été réparée ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
UN ENTREPRENEUR, UN INSTALLATEUR OU UN VENDEUR Vous paraît-il être à l'origine du sinistre ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, pourquoi _____ Nom et adresse _____ Sté d'assurance _____ Police n° _____	

Nom _____ Prénom _____ Adresse _____ Bât ____ Esc ____ Etage ____ Tél. _____ STE D'ASSURANCES _____ Police n° _____ Nom, adresse de l'agent ou courtier _____ Tél. _____ ETES-VOUS DANS : * un immeuble locatif : propriétaire <input type="checkbox"/> occupant <input type="checkbox"/> * un immeuble en copropriété : copropriétaire : occupant <input type="checkbox"/> non occupant <input type="checkbox"/> locataire de copropriétaire <input type="checkbox"/> * une maison particulière propriétaire <input type="checkbox"/> occupant <input type="checkbox"/> NOM du GERANT ou du SYNDIC (à défaut du propriétaire) de l'IMMEUBLE _____ Adresse _____ Sté d'Assurances garantissant l'immeuble en dégâts des eaux : _____ Police n° _____ Nom, adresse de l'agent ou courtier _____ Tél. _____	A COCHER LES CASES CONCERNEES B ↓ ↓ <input type="checkbox"/> oui La cause du sinistre se situe-t-elle chez vous ? oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Etes-vous assuré en dégâts des eaux ? oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non si vous êtes occupant et que vous allez déménager avez-vous donné ou reçu congé ? avant le sinistre <input type="checkbox"/> après le sinistre <input type="checkbox"/> NATURE DES DOMMAGES peinture et/ou papier peint <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> collés <input type="checkbox"/> collés <input type="checkbox"/> agrafés ou cloués <input type="checkbox"/> agrafés ou cloués Ces aménagements ont-ils été exécutés à vos frais ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Autres dommages immobiliers (carrelage, parquet, plâtrerie...) <input type="checkbox"/> Objets mobiliers <input type="checkbox"/> Matériels ou marchandises Autres dommages (à préciser) _____	Nom _____ Prénom _____ Adresse _____ Bât ____ Esc ____ Etage ____ Tél. _____ STE D'ASSURANCES _____ Police n° _____ Nom, adresse de l'agent ou courtier _____ Tél. _____ ETES-VOUS DANS : * un immeuble locatif : propriétaire <input type="checkbox"/> occupant <input type="checkbox"/> * un immeuble en copropriété : copropriétaire : occupant <input type="checkbox"/> non occupant <input type="checkbox"/> locataire de copropriétaire <input type="checkbox"/> * une maison particulière propriétaire <input type="checkbox"/> occupant <input type="checkbox"/> NOM du GERANT ou du SYNDIC (à défaut du propriétaire) de l'IMMEUBLE _____ Adresse _____ Sté d'Assurances garantissant l'immeuble en dégâts des eaux : _____ Police n° _____ Nom, adresse de l'agent ou courtier _____ Tél. _____
---	---	---

OBSERVATIONS **A** : FAIT A LE OBSERVATIONS **B** :
Signatures

Partie à compléter par le syndic ou le gérant (à défaut le propriétaire) et à transmettre éventuellement à son assureur si les parties immo-bilières communes ou privatives ont été endommagées.

Détail des dommages : _____ Fait à _____ le _____
Signature