

Exemplaire pour **B**
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)		* 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	* 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"/>	
		châssis (fenêtre, porte-fenêtre) <input type="checkbox"/>	
		joint d'étanchéité (installations sanitaires ou carrelage) <input type="checkbox"/>	
* Fuite, débordement de chéneaux ou gouttières <input type="checkbox"/>		* Autre cause : laquelle _____	
UN ENTREPRENEUR, UN INSTALLATEUR OU UN VENDEUR		des frais ont-ils été engagés pour RECHERCHER LA FUITE ?	
Vous paraît-il être à l'origine du sinistre ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Si oui, pourquoi _____		Qui les a supportés ? _____	
Nom et adresse _____			
Sté d'assurance _____		la fuite a-t-elle été réparée ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Police n° _____			

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			
		collés } revêtements (sol, mur, plafond) collés			
		agrafés ou cloués } 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...)			
		Objets mobiliers			
		Matériels ou marchandises			
		Autres dommages (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)		* 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	* 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"/>	
		châssis (fenêtre, porte-fenêtre) <input type="checkbox"/>	
		joint d'étanchéité (installations sanitaires ou carrelage) <input type="checkbox"/>	
* Fuite, débordement de chéneaux ou gouttières <input type="checkbox"/>		* Autre cause : laquelle _____	
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 _____		des frais ont-ils été engagés pour RECHERCHER LA FUITE ?	
Nom et adresse _____		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
		Qui les a supportés ? _____	
Sté d'assurance _____		la fuite a-t-elle été réparée ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Police n° _____			

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)				NOM du GERANT ou du SYNDIC (à défaut du propriétaire)	
de l'IMMEUBLE _____				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			
		collés <input type="checkbox"/> revêtements (sol, mur, plafond) collés <input type="checkbox"/>			
		agrafés ou cloués <input type="checkbox"/> agrafés ou cloués <input type="checkbox"/>			
		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)			

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