

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

OBSERVATIONS **A** :

FAIT **A**

LE
Signatures

OBSERVATIONS **B** :

A

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 _____	
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° _____		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"/>

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"/>	A COCHER LES CASES CONCERNEES B <input type="checkbox"/> oui La cause du sinistre se <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non situe-t-elle chez vous ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Etes-vous assuré <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non en dégâts des eaux ? <input type="checkbox"/> non si vous êtes occupant et que vous allez déménager avez-vous donné ou reçu congé ? <input type="checkbox"/> avant le sinistre <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> agrafés <input type="checkbox"/> agrafés <input type="checkbox"/> (soi, mur, plafond) Ces aménagements ont-ils été exécutés <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> à vos frais ? Autres dommages immobiliers (carrelage, parquet, plâtrerie...) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Objets mobiliers <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Matériels ou marchandises <input type="checkbox"/> Autres dommages (à préciser) _____ (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"/>
--	--	--

OBSERVATIONS **A** :

FAIT A

LE
Signatures

OBSERVATIONS **B** :

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

Détail des dommages : _____

Fait à _____ le _____

Signature