



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"/> | |

| A | COCHER LES CASES CONCERNEES | B |
|---|---|---|
| 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. _____ | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non La cause du sinistre se situe-t-elle chez vous ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Etes-vous assuré en dégâts des eaux ? Si vous êtes occupant et que vous allez déménager avez-vous donné ou reçu congé ? avant le sinistre après le sinistre NATURE DES DOMMAGES peinture et/ou papier peint <input type="checkbox"/> collés <input type="checkbox"/> agrafés ou cloués } revêtements (sol, mur, plafond) } <input type="checkbox"/> collés <input type="checkbox"/> agrafés ou cloués <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Ces aménagements ont-ils été exécutés à vos frais ? Autres dommages immobiliers (carrelage, parquet, plâterie...) <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 Signatures B | 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