



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

OBSERVATIONS **A** :

FAIT A

**A**

LE Signatures

**B**

OBSERVATIONS **B** :

