

# 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  dans un immeuble voisin   
 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  NON

*Fuite sur canalisation (cocher une case par ligne) <input type="checkbox"/> commune <input type="checkbox"/> privée <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  non   
 Si oui, pourquoi \_\_\_\_\_  
 Nom et adresse \_\_\_\_\_  
 Sté d'assurance \_\_\_\_\_ Police n° \_\_\_\_\_

des frais ont-ils été engagés pour RECHERCHER LA FUITE ?  
 oui  non   
 Qui les a supportés ? \_\_\_\_\_  
 La fuite a-t'elle été réparée ? oui  non

A	COCHER LES CASES CONCERNÉES	B
Nom _____ Prénom _____ Adresse _____ Bât _____ Esc _____ Etage _____ Tél. _____ STE D'ASSURANCES _____ Police n° _____ Nom, adresse de l'agent ou courtier _____ Tél. _____	<input type="checkbox"/> oui la cause du sinistre se situe l'elle chez vous ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Etes-vous assuré en dégâts des eaux ? <input type="checkbox"/> non Si vous êtes occupant et que vous allez déménager avez-vous donné ou reçu congé ? avant le sinistre après le sinistre	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 <input type="checkbox"/> 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"/>	NATURE DES DOMMAGES peinture et/ou papier peint <input type="checkbox"/> collés <input type="checkbox"/> collés <input type="checkbox"/> agrafés ou cloués <input type="checkbox"/> agrafés ou cloués ( revêtements (sol, mur, plafond) )	ETES-VOUS DANS : *un immeuble locatif : propriétaire <input type="checkbox"/> occupant <input type="checkbox"/> *un immeuble en copropriété : copropriétaire <input type="checkbox"/> 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'Assurance garantissant l'immeuble en dégâts des eaux : _____ Police n° _____ Nom, adresse de l'agent ou courtier _____ Tél. _____	<input type="checkbox"/> oui Ces aménagements ont-ils été exécutés à vos frais ? <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 du GERANT ou du SYNDIC (à défaut du propriétaire) de L'IMMEUBLE _____ Adresse _____ Sté d'Assurance garantissant l'immeuble en dégâts des eaux : _____ Police n° _____ Nom, adresse de l'agent ou courtier _____ Tél. _____

OBSERVATIONS **A** :

FAIT A  
**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