

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	* Infiltrations par : toiture <input type="checkbox"/> terrasse <input type="checkbox"/> façade <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> accessible	<input type="checkbox"/> non accessible	châssis (fenêtre, porte-fenêtre) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> enterrée	<input type="checkbox"/> non enterrée	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"/>	

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