

# CONSTAT AMIABLE DÉGÂTS 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 ou sinistre ____/____/____	Adresse de l'immeuble sinistré _____ Bât(s) _____ Esc(s) _____ Étage(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"/>			
<b>* Fuite sur canalisation (cocher une case par ligne)</b> <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 <b>* Fuite, débordement de chéneaux ou gouttières</b> <input type="checkbox"/>		<b>* Débordement d'appareils à effet d'eau</b> (évier, lavabo, machine à laver...) <input type="checkbox"/> <b>* Débordement ou renversement de récipients</b> <input type="checkbox"/> <b>* Infiltrations par :</b> 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"/> <b>* Autre cause : laquelle</b> _____	
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 CONCERNÉES		B	
Nom _____ Prénom _____ Adresse _____ Bât _____ Esc _____ Étage _____ Tél. _____ STÉ D'ASSURANCES _____ Police n° _____ Nom, adresse de l'agent ou courtier _____ Tél. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	La cause du sinistre se situe-t-elle chez vous ?	<input type="checkbox"/>	Nom _____ Prénom _____ Adresse _____ Bât _____ Esc _____ Étage _____ Tél. _____ STÉ D'ASSURANCES _____ Police n° _____ Nom, adresse de l'agent ou courtier _____ Tél. _____
ÉTÉS-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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Êtes-vous assuré en dégâts des eaux ?	<input type="checkbox"/>	ÉTÉS-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 GÉRANT 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"/>	<input type="checkbox"/> collés <input type="checkbox"/> agrafés ou cloués	NATURE DES DOMMAGES peinture et/ou papier peint (sol, mur, plafond) Ces aménagements ont-ils été exécutés à vos frais ? Autres dommages immobiliers (Carrelage, parquet, plâtrerie...) Objets mobiliers Matériels ou marchandises Autres dommages (à préciser)	<input type="checkbox"/>	NOM du GÉRANT 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"/>	<input type="checkbox"/> collés <input type="checkbox"/> agrafés ou cloués			<input type="checkbox"/>
OBSERVATIONS <b>A</b> :		FAIT A LE <b>A</b> Signatures <b>B</b>		OBSERVATIONS <b>B</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