

EXEMPLAIRE pour :

- ☐ Assureur Partie A
☐ Assureur partie B
☐ Gérant / syndic

CONSTAT AMIABLE DE 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..... Esc..... Etage.....
CAUSE DU SINISTRE	dans l'immeuble sinistré <input type="checkbox"/> dans l'immeuble voisin <input type="checkbox"/>
	Adresse : Nom et adresse du gérant, syndic ou propriétaire :
	L'immeuble ou se situe le sinistre a-t-il été construit de puis moins de 10 ans ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• 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"/>	<ul style="list-style-type: none">• Débordement d'appareils à effets d'eau <input type="checkbox"/> (évier, lavabo, machine à laver...)• Débordements ou renversements de récipients <input type="checkbox"/>• Infiltration par : toiture <input type="checkbox"/> terrasse <input type="checkbox"/> façade <input type="checkbox"/> châssis (fenêtre, porte-fenêtre) <input type="checkbox"/> joint d'étanchéité (installation sanitaire 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 as supporté ? 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 <input type="checkbox"/> non	La cause du sinistre se situe-t-elle chez vous ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Adresse :
Bât..... Esc..... Etage..... Tel.....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Etes-vous assuré en dégât des eaux ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Bât..... Esc..... Etage..... Tel.....
STE D'ASSURANCE.....		si vous êtes occupant et que vous allez déménager, avez-vous donné ou reçu votre congé avant le sinistre après le sinistre		STE D'ASSURANCE.....
.....Police n°.....			Police n°.....
Nom, adresse de l'agent ou courtier				Nom, adresse de l'agent ou courtier
.....Tel :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>Tel :
<u>Etes-vous dans :</u>		NATURE DES DOMMAGES peinture et/ou papier peint		<u>Etes-vous dans :</u>
• immeuble locatif : <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Occupant		{ revêtements (sol, mur, plafond) }		• immeuble locatif : <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Occupant
• immeuble en copropriété : copropriétaire : <input type="checkbox"/> occupant <input type="checkbox"/> non occupant locataire de copropriétaire <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> collé <input type="checkbox"/> agrafé /cloué			• immeuble en copropriété : copropriétaire : <input type="checkbox"/> occupant <input type="checkbox"/> non occupant locataire de copropriétaire <input type="checkbox"/>
• maison particulière: <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Occupant				• maison particulière : <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Occupant
Nom du Gérant/Syndic (à défaut du propriétaire) de l'immeuble :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Ces aménagements ont-ils été exécutés à vos frais ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nom du Gérant/Syndic (à défaut du propriétaire) de l'immeuble :
Adresse :		Autres dommages immobiliers (carrelage, parquet, plâtrerie...)		Adresse :
Sté d'assurances garantissant l'immeuble en dégât des eaux.....	<input type="checkbox"/>	Objet mobiliers	<input type="checkbox"/>	Sté d'assurances garantissant l'immeuble en dégât des eaux.....
.....Police n°.....	<input type="checkbox"/>	Matériels ou marchandises	<input type="checkbox"/>Police n°.....
Nom adresse de l'agent ou courtier.....	<input type="checkbox"/>			Nom adresse de l'agent ou courtier.....
.....Tel.....	<input type="checkbox"/>		Tel.....
	<input type="checkbox"/> à préciser	Autres dommages	<input type="checkbox"/> à préciser	

OBSERVATION **A**

FAIT A
Signature **A**

LE

OBSERVATION **B**
Signature **B**