

# CONSTAT AMIABLE DEGATS DES EAUX

Valant déclaration de sinistre - A adresser dans les cinq jours à votre assureur

date du sinistre    Adresse de l'immeuble sinistré \_\_\_\_\_

Le sinistre a pris naissance dans l'immeuble sinistré  ou dans un immeuble voisin  Adresse \_\_\_\_\_  
Nom et adresse du gérant, syndic ou propriétaire \_\_\_\_\_

L'immeuble, où a pris naissance le sinistre, a-t-il été construit depuis moins de 10 ans ? oui  non

**CAUSE(S) DU SINISTRE (COCHER LES CASES CONCERNÉES) :**

- imputable au gel  ou non imputable au gel
- Fuite sur canalisation (cocher une case par ligne)
  - commune  ou privative
  - d'alimentation  ou d'évacuation  ou de chauffage
  - accessible  ou non accessible
  - enterrée  ou non enterrée
- Fuite, débordement de chéneaux ou gouttières :
- Fuite, débordement d'appareil à effet d'eau (évier, lavabo, machine à laver...)
- Fuite, débordement ou renversement de récipient
- Infiltration par : toiture  terrasse  façade  balcon  châssis (fenêtre, porte-fenêtre)  installations sanitaires ou carrelage (joint d'étanchéité...)
- Autre(s) cause(s) : \_\_\_\_\_

<p><b>UN ENTREPRENEUR, UN INSTALLATEUR OU UN VENDEUR</b></p> <p>Vous paraît-il être à l'origine du sinistre ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Nom et adresse _____</p> <p>Sté d'assurances _____ Contrat n° _____</p>	<p><b>RECHERCHE DE FUITE</b></p> <p>Y a-t-il eu recherche de fuite ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Aux frais de qui ? _____</p> <p>La fuite a-t-elle été réparée ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Aux frais de qui ? _____</p>
--	---

	A COCHER LES CASES CONCERNÉES	
<p>Nom _____</p> <p>Prénom _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>Bât _____ Esc _____ Étage _____ ☎ _____</p> <p><b>STE D'ASSURANCES</b></p> <p>Contrat n° _____</p> <p>Nom, adresse de l'agent ou courtier _____ ☎ _____</p> <p><b>ÊTES-VOUS DANS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un immeuble locatif : propriétaire <input type="checkbox"/> occupant <input type="checkbox"/> occupant d'un meublé <input type="checkbox"/></li> <li>• un immeuble en copropriété : copropriétaire : occupant <input type="checkbox"/> non occupant <input type="checkbox"/></li> <li>locataire de copropriétaire <input type="checkbox"/> occupant d'un meublé <input type="checkbox"/></li> <li>• une maison particulière : propriétaire <input type="checkbox"/> occupant <input type="checkbox"/> occupant d'un meublé <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>NOM du GERANT ou du SYNDIC (à défaut du propriétaire) de l'IMMEUBLE _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>Sté d'assurances garantissant l'immeuble : _____</p> <p>_____ contrat n° _____</p> <p>Nom, adresse de l'agent ou courtier _____ ☎ _____</p>	<p><input type="checkbox"/> oui La cause du sinistre se situe-t-elle chez vous ? <input type="checkbox"/> non</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> oui Si vous êtes occupant avez-vous donné ou reçu congé ? <input type="checkbox"/> non</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> oui Avez-vous subi des dommages ? <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui Peinture <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui Papier peint <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> collés (Autres revêtements (sol, mur, plafond) ou cloués) <input type="checkbox"/> collés</p> <p><input type="checkbox"/> agrafés <input type="checkbox"/> agrafés</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> oui Ces aménagements ont-ils été exécutés à vos frais ? <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> Dommages immobiliers (carrelage, parquet, plâtrerie...)</p> <p><input type="checkbox"/> Objets mobiliers (meubles, vêtements, linge...)</p> <p><input type="checkbox"/> Matériels ou marchandises</p> <p><input type="checkbox"/> Autres dommages (à préciser)</p>	<p>Nom _____</p> <p>Prénom _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>Bât _____ Esc _____ Étage _____ ☎ _____</p> <p><b>STE D'ASSURANCES</b></p> <p>Contrat n° _____</p> <p>Nom, adresse de l'agent ou courtier _____ ☎ _____</p> <p><b>ÊTES-VOUS DANS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un immeuble locatif : propriétaire <input type="checkbox"/> occupant <input type="checkbox"/> occupant d'un meublé <input type="checkbox"/></li> <li>• un immeuble en copropriété : copropriétaire : occupant <input type="checkbox"/> non occupant <input type="checkbox"/></li> <li>locataire de copropriétaire <input type="checkbox"/> occupant d'un meublé <input type="checkbox"/></li> <li>• une maison particulière : propriétaire <input type="checkbox"/> occupant <input type="checkbox"/> occupant d'un meublé <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>NOM du GERANT ou du SYNDIC (à défaut du propriétaire) de l'IMMEUBLE _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>Sté d'assurances garantissant l'immeuble : _____</p> <p>_____ contrat n° _____</p> <p>Nom, adresse de l'agent ou courtier _____ ☎ _____</p>
<p><b>A OBSERVATIONS :</b></p>	<p>FAIT A Le Signatures</p>	<p><b>B OBSERVATIONS :</b></p>

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