

Exemplaire pour **A**
destiné à son assureur

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"/> |

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

OBSERVATIONS **A** :

FAIT **A**

LE
Signatures

OBSERVATIONS **B** :

A

B

Exemplaire pour **B**
destiné à son assureur

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 |
| <input type="checkbox"/> accessible | <input type="checkbox"/> non accessible | * infiltrations par : |
| <input type="checkbox"/> enterrée | <input type="checkbox"/> non enterrée | 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"/> |
| * 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"/> |

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

OBSERVATIONS **A** :

FAIT A

A

LE
Signatures

OBSERVATIONS **B** :

B

Exemplaire pour le gérant ou syndic ou propriétaire de l'immeuble sinistré destiné à son assureur

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) <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"/> | * 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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, pourquoi _____ Nom et adresse _____ _____ | des frais ont-ils été engagés pour RECHERCHER LA FUITE ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Qui les a supportés ? _____ _____ |
| Sté d'assurance _____ Police n° _____ | la fuite a-t-elle été réparée ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--|--|
| Nom _____ Prénom _____ Adresse _____ Bât _____ Esc _____ Etage _____ Tél. _____ STE D'ASSURANCES _____ Police n° _____ Nom, adresse de l'agent ou courtier _____ _____ Tél. _____ | A COCHER LES CASES CONCERNEES B <input type="checkbox"/> oui La cause du sinistre se situe-t-elle chez vous ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Etes-vous assuré en dégâts des eaux ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non si vous êtes occupant et que vous allez déménager avez-vous donné ou reçu congé ? <input type="checkbox"/> avant le sinistre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> après le sinistre <input type="checkbox"/> NATURE DES DOMMAGES peinture et/ou papier peint <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> collés <input type="checkbox"/> collés <input type="checkbox"/> agrafés ou cloués <input type="checkbox"/> agrafés ou cloués revêtements (sol, mur, plafond) Ces aménagements ont-ils été exécutés à vos frais ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non Autres dommages immobiliers (carrelage, parquet, plâtrerie...) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Objets mobiliers <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Matériels ou marchandises <input type="checkbox"/> Autres dommages (à préciser) _____ (à préciser) _____ | 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 : 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"/> | | ETES-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 GERANT 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. _____ | | NOM du GERANT 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. _____ |

OBSERVATIONS **A** :

FAIT A

LE
Signatures

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