

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	<input type="checkbox"/> alimentation <input type="checkbox"/> évacuation	* Débordement ou renversement de récipients <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> chauffage <input type="checkbox"/> accessible	<input type="checkbox"/> non accessible	* Infiltrations par : toiture <input type="checkbox"/> terrasse <input type="checkbox"/> façade <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> enterrée <input type="checkbox"/> non enterrée		châssis (fenêtre, porte-fenêtre) <input type="checkbox"/>	
* Fuite, débordement de chéneaux ou gouttières <input type="checkbox"/>		joint d'étanchéité (installations sanitaires ou carrelage) <input type="checkbox"/>	
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 _____ 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"/>	<b>A</b> ↓	<b>COCHER LES CASES CONCERNEES</b>	<b>B</b> ↓	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"/>
		<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 Etes-vous assuré en dégâts des eaux ?		
		<input type="checkbox"/> Si vous êtes occupant et que vous allez déménager avez-vous donné ou reçu congé ? avant le sinistre après le sinistre		
		<input type="checkbox"/> NATURE DES DOMMAGES peinture et/ou papier peint		
		<input type="checkbox"/> collés <input type="checkbox"/> agrafés ou cloués } revêtements (sol, mur, plafond) } collés <input type="checkbox"/> agrafés ou cloués		
		<input type="checkbox"/> Ces aménagements ont-ils été exécutés à vos frais ?		
		<input type="checkbox"/> Autres dommages immobiliers (carrelage, parquet, plâtrerie...)		
		<input type="checkbox"/> Objets mobiliers		
		<input type="checkbox"/> Matériels ou marchandises		
		<input type="checkbox"/> Autres dommages (à préciser)		

OBSERVATIONS <b>A</b> :	FAIT A <b>A</b> LE 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