

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 <input type="checkbox"/> ou dans un immeuble voisin <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

CAUSE(S) DU SINISTRE (COCHER LES CASES CONCERNÉES) :	
<ul style="list-style-type: none"> • imputable au gel <input type="checkbox"/> ou non imputable au gel <input type="checkbox"/> • Fuite sur canalisation (cocher une case par ligne) commune <input type="checkbox"/> ou privative <input type="checkbox"/> d'alimentation <input type="checkbox"/> ou d'évacuation <input type="checkbox"/> ou de chauffage <input type="checkbox"/> accessible <input type="checkbox"/> ou non accessible <input type="checkbox"/> enterrée <input type="checkbox"/> ou non enterrée <input type="checkbox"/> • Fuite, débordement de chéneaux ou gouttières : <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> • Fuite, débordement d'appareil à effet d'eau (évier, lavabo, machine à laver...) <input type="checkbox"/> • Fuite, débordement ou renversement de récipient <input type="checkbox"/> • Infiltration par : toiture <input type="checkbox"/> terrasse <input type="checkbox"/> façade <input type="checkbox"/> balcon <input type="checkbox"/> chassis (fenêtre, porte-fenêtre) <input type="checkbox"/> installations sanitaires ou carrelage (joint d'étanchéité...) <input type="checkbox"/> • Autre(s) cause(s) : _____ <input type="checkbox"/>
UN ENTREPRENEUR, UN INSTALLATEUR OU UN VENDEUR Vous paraît-il être à l'origine du sinistre ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Nom et adresse _____ Sté d'assurances _____ Contrat n° _____	RECHERCHE DE FUITE Y a-t-il eu recherche de fuite ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Aux frais de qui ? _____ La fuite a-t-elle été réparée ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Aux frais de qui ? _____

Nom _____ Prénom _____ Adresse _____ Bât _____ Esc _____ Etage _____ ☎ _____	COCHER LES CASES CONCERNÉES	Nom _____ Prénom _____ Adresse _____ Bât _____ Esc _____ Etage _____ ☎ _____
STE D'ASSURANCES _____ Contrat n° _____ Nom, adresse de l'agent ou courtier _____ ☎ _____	<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	STE D'ASSURANCES _____ Contrat n° _____ Nom, adresse de l'agent ou courtier _____ ☎ _____
ETES-VOUS DANS : • un immeuble locatif : propriétaire <input type="checkbox"/> occupant <input type="checkbox"/> occupant d'un meublé <input type="checkbox"/> • un immeuble en copropriété : copropriétaire : occupant <input type="checkbox"/> non occupant <input type="checkbox"/> locataire de copropriétaire <input type="checkbox"/> occupant d'un meublé <input type="checkbox"/> • une maison particulière : propriétaire <input type="checkbox"/> occupant <input type="checkbox"/> occupant d'un meublé <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui Avez-vous subi des dommages ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non Nature des dommages <input type="checkbox"/> peinture et/ou papier peint <input type="checkbox"/> collés { Autres revêtements } collés <input type="checkbox"/> agrafés { (sol, mur, plafond) } agrafés <input type="checkbox"/> ou cloués { } ou cloués	ETES-VOUS DANS : • un immeuble locatif : propriétaire <input type="checkbox"/> occupant <input type="checkbox"/> occupant d'un meublé <input type="checkbox"/> • un immeuble en copropriété : copropriétaire : occupant <input type="checkbox"/> non occupant <input type="checkbox"/> locataire de copropriétaire <input type="checkbox"/> occupant d'un meublé <input type="checkbox"/> • une maison particulière : propriétaire <input type="checkbox"/> occupant <input type="checkbox"/> occupant d'un meublé <input type="checkbox"/>
NOM du GERANT ou du SYNDIC (à défaut du propriétaire) de l'IMMEUBLE _____ Adresse _____ Sté d'assurances garantissant l'immeuble : _____ contrat n° _____ Nom, adresse de l'agent ou courtier _____ ☎ _____	<input type="checkbox"/> oui Ces aménagements ont-ils été exécutés à vos frais ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non Dommages immobiliers (carrelage, parquet, plâtrerie...) <input type="checkbox"/> Objets mobiliers (meubles, vêtements, linge...) <input type="checkbox"/> Matériels ou marchandises <input type="checkbox"/> Autres dommages (à préciser)	NOM du GERANT ou du SYNDIC (à défaut du propriétaire) de l'IMMEUBLE _____ Adresse _____ Sté d'assurances garantissant l'immeuble : _____ contrat n° _____ Nom, adresse de l'agent ou courtier _____ ☎ _____
A OBSERVATIONS :	FAIT A Le Signatures	B OBSERVATIONS :

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