

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<br> _ _ _ _ _ _ _  | 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>oui La cause du sinistre se situe-t-elle chez vous ? oui</p> <p>non non</p> <p>oui Etes-vous assuré en dégâts des eaux ? oui</p> <p>non 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 peinture et/ou papier peint</p> <p>collés } revêtements (sol, mur, plafond) collés</p> <p>agrafés ou cloués } agrafés ou cloués</p> <p>Ces aménagements ont-ils été exécutés à vos frais ? oui non</p> <p>Autres dommages immobiliers (carrelage, parquet, plâtrerie...)</p> <p>Objets mobiliers</p> <p>Matériels ou marchandises</p> <p>Autres dommages (à préciser) (à préciser)</p> |  |

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

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<br>  | 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"/>   |   |                                     |                |
| 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 _____  | _____   |                                     |                |
| _____   | la fuite a-t-elle été réparée ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |                                     |                |
| Sté d'assurance _____   | Police n° _____   |                                     |                |

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

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