

# CONSTAT AMIABLE DEGAT 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 servants à l'accélération du règlement

Adresse de l'immeuble sinistré:

date du sinistre: \_\_\_\_\_ Bât(s): \_\_\_\_\_ Esc(s): \_\_\_\_\_ Etage(s): \_\_\_\_\_

**CAUSE DU SINISTRE** dans l'immeuble sinistré  Dans un immeuble voisin:  
 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  NON

Fuite de canalisation (cocher une case par ligne) <input type="checkbox"/> commune <input type="checkbox"/> privée <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"/> encastrée	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: _____
--	--

Fuite, débordement de chéneaux ou gouttières:

Un entrepreneur, un installateur ou un vendeur vous paraît-il être à l'origine du sinistre? Oui  Non   
 si oui, pourquoi?  
 Nom et adresse: \_\_\_\_\_

Cie d'assurance ZELIA Police n° \_\_\_\_\_

Des frais ont-ils été engagés pour rechercher la fuite? Oui  Non   
 Qui les a supportés?  
 La fuite a-t-elle été réparée? Oui  Non

		A		COCHER LES CASES CONCERNEES		B	
Nom: _____ Prénom: _____ Adresse: _____		<input type="checkbox"/>	oui	La cause du sinistre se situe-t-elle chez vous?	oui	<input type="checkbox"/>	Nom: _____ Prénom: _____ Adresse: _____
Bât: _____ Esc: _____ Etage: _____ Cie D'ASSURANCES ZELIA		<input type="checkbox"/>	oui	Etes-vous assuré en dégâts des eaux?	oui	<input type="checkbox"/>	Bât: _____ Esc: _____ Etage: _____ Cie D'ASSURANCES ZELIA
Police n° _____ Nom, adresse du courtier: _____		<input type="checkbox"/>	oui	Si vous êtes occupant et que vous allez déménager avez-vous donné ou reçu congé avant le sinistre? après le sinistre?	Oui	<input type="checkbox"/>	Police n° _____ Nom, adresse du courtier: _____
Tél: _____ Etes-vous dans?		<input type="checkbox"/>	oui	<b>Nature des dommages</b> peinture et/ou papier peint revêtements (sol, mur, plafond) collés agrafés ou cloués Ces aménagements ont-ils été exécutés à vos frais?	Oui	<input type="checkbox"/>	Tél: _____ Etes-vous dans?
- un immeuble locatif propriétaire <input type="checkbox"/> locataire <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"/> locataire <input type="checkbox"/> occupant <input type="checkbox"/> nu-propriétaire <input type="checkbox"/> usufruitière <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	non		Autres dommages immobiliers (carrelage, parquet, plâtrerie,...) Objets mobiliers Matériels ou marchandises Autres dommages (à préciser)	Non	<input type="checkbox"/>
Nom du gérant ou du syndic (à défaut du propriétaire) de l'immeuble Adresse: _____		<input type="checkbox"/>	oui		Oui	<input type="checkbox"/>	Nom du gérant ou du syndic (à défaut du propriétaire) de l'immeuble Adresse: _____
Cie d'assurances garantissant l'immeuble en dégâts des eaux: ZELIA Police n° _____ Nom, adresse du courtier: _____		<input type="checkbox"/>	non		Non	<input type="checkbox"/>	Cie d'assurances garantissant l'immeuble en dégâts des eaux: ZELIA Police n° _____ Nom, adresse du courtier: _____
Tel: _____		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	Tel: _____

OBSERVATIONS	<b>A</b>	FAIT A	LE	<b>B</b>	OBSERVATIONS
		Signature A	Signature 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 \_\_\_\_\_