



CAM btp

CAISSE D'ASSURANCE MUTUELLE DU BÂTIMENT ET DES TRAVAUX PUBLICS

Société d'assurance mutuelle à cotisations variables

Entreprise régie par le Code des assurances

Siège social : Espace Européen de l'Entreprise - 14 AVENUE DE L'EUROPE - 67300 SCHILTIGHEIM

Adresse postale : CS 70016 - 67014 STRASBOURG CEDEX

Tél. 03 88 37 69 00 - Fax 03 88 37 69 99 - www.camacte.com

Déclaration de sinistre INCENDIE - MULTIRISQUE

À NOUS ADRESSER dans les 5 jours / 48 heures en cas de vol

(En cas de DOMMAGES ÉLECTRIQUES joindre l'annexe concernée)

N° Assuré _____ N° Police _____

Assuré _____

Adresse _____

N° téléphone |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

1	DATE ET HEURE	_ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _ H _ _
2	LIEU - ADRESSE EXACTE	_____ _____ _____
3	CIRCONSTANCES ET CAUSES PRESUMÉES DU SINISTRE	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
4	DÉSIGNATION DES OBJETS ENDOMMAGÉS	_____ _____
	DATE D'ACHAT INITIALE ou DATE DE 1 ^{ère} MISE EN SERVICE	_ _ _ _ _ _ _ _ _
	DATE DE CONSTRUCTION DE L'IMMEUBLE.....	_ _ _ _ _ _ _ _ _
5	MONTANT APPROXIMATIF DES DOMMAGES (à titre indicatif)	_____

6	LES BIENS ENDOMMAGES APPARTIENNENT-ILS À ? INDIQUEZ LEURS NOM ET ADRESSE COMPLÈTE.....	<input type="checkbox"/> VOUS-MÊME <input type="checkbox"/> UN VOISIN <input type="checkbox"/> UN LOCATAIRE <input type="checkbox"/> UN TIERS _____ _____
7	AGISSEZ-VOUS EN QUALITÉ DE ?	<input type="checkbox"/> PROPRIÉTAIRE OU COPROPRIÉTAIRE <input type="checkbox"/> LOCATAIRE PARTIEL <input type="checkbox"/> OCCUPANT <input type="checkbox"/> LOCATAIRE TOTAL
8	AVEZ-VOUS SOUSCRIT D'AUTRES CONTRATS POUR LE RISQUE SINISTRÉ ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI , auprès de qui ? (préciser nom et adresse et n° de police et joindre une copie de cette police) _____ _____
9	LES POMPIERS SONT-ILS INTERVENUS ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI , quel corps ? _____
10	UN CONSTAT DE POLICE OU DE GENDARMERIE A-T-IL ÉTÉ ÉTABLI ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI , indiquez la localité dont dépend l'autorité intervenue _____
11	Y-A-T-IL DES TÉMOINS ?.....	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI , indiquez leurs nom et adresse _____ _____ _____
12	Y-A-T-IL DES BLESSÉS ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI , indiquez leurs nom et adresse _____ _____ AGE : _ _ ans DATE DE NAISSANCE _ _ _ _ _ _ _ _ PROFESSION _____ NATURE DES BLESSURES _____ (joindre un certificat médical) _____ LIEN AVEC L'ASSURÉ _____
13	PIÈCES À JOINDRE	<input type="checkbox"/> DEVIS <input type="checkbox"/> FACTURE <input type="checkbox"/> MÉMOIRE <input type="checkbox"/> PHOTOS <input type="checkbox"/> ETAT CERTIFIÉ SINCÈRE ET VÉRITABLE <input type="checkbox"/> EN CAS DE VOLS ET D'ACTES DE VANDALISME, CERTIFICAT DU DÉPÔT DE PLAINTÉ

A _____, le _____



CAM btp

CAISSE D'ASSURANCE MUTUELLE DU BÂTIMENT ET DES TRAVAUX PUBLICS

Société d'assurance mutuelle à cotisations variables

Entreprise régie par le Code des assurances

Siège social : Espace Européen de l'Entreprise - 14 AVENUE DE L'EUROPE - 67300 SCHILTIGHEIM

Adresse postale : CS 70016 - 67014 STRASBOURG CEDEX

Tél. 03 88 37 69 00 - Fax 03 88 37 69 99 - www.camacte.com

ANNEXE à la déclaration de sinistre "DOMMAGES ELECTRIQUES" A remplir par le fournisseur ou le réparateur et à joindre au devis ou à la facture.

Nom de l'Assuré :

N° de Souscripteur :

Date du sinistre :

Nom et cachet du Réparateur ou du Fournisseur

Désignation des appareils et installations électriques ayant subi des dommages d'ordre électrique		
Marque de l'appareil	→	
Nature de l'appareil	→	
Numéro et type	→	
Date de première mise en service	→	
Valeur d'achat	→	
Nature des dommages	→	
Estimation de la valeur d'occasion de l'appareil avant réparation	→	

Description et évaluation des frais		
Rebobinage	→	
Echange standard	→	
Remplacement à neuf	→	
Lampes	→	
Tubes	→	
Transformateurs	→	
Résistances	→	
Fusibles	→	
Autres pièces	→	
Main d'oeuvre	→	
pose	→	
dépose	→	
Transport	→	
Autres frais	→	

RAPPEL DES ARTICLES 150 1er ALINEA ET 151 DU CODE PENAL

Art 150 Tout individu qui aura, de l'une des manières exprimées en l'article 147, commis ou tenté de commettre un faux en écriture privé, de commerce ou de banque, sera puni d'un emprisonnement de un à cinq ans, et d'une amende de 152 € à 18 294 €.

Art 151 Sera puni des mêmes peines celui qui aura fait usage ou tenté de faire usage de la pièce fausse.

Fait à _____

le _____

Cachet et signature du réparateur
Certifié exact