

CONSTAT DE DOMMAGES

Ce document n'a pour but que d'établir les constatations et observations des parties présentes pour donner les éléments objectifs nécessaires à la gestion du sinistre. Il ne peut être considéré par aucune des parties intéressées comme une reconnaissance des garanties stipulées dans les contrats d'assurances ou comme une acceptation des responsabilités éventuelles.

Date de l'évènement : **Heure** :

Localisation : Parcelle ou lieudit :

Code postal et ville :

Témoins : noms, adresses, tél.

.....
.....
.....

	PARTIE 1	PARTIE 2
Nom		
Prénom		
Adresse		
Adresse complément		
Code postal		
Ville		
N° portable		
N° domicile		
Adresse email		
VOTRE ASSUREUR		
Nom	XLB Assurances	
Adresse	155 rue de Bretagne	
Adresse complément		
Code postal	53000	
Ville	LAVAL	
N° de téléphone	02 43 53 08 40	
N° de contrat		
Circonstances		
(Merci d'être le plus précis possible dans votre rédaction)		
Nature des dommages		
(Merci de détailler tous les dommages subis)		
Date et Signature		