



FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION

(à retourner complété par la victime)

www.fondsdegarantie.fr

Identité

- Nom et prénom :
- Nom de jeune fille :
- Situation de famille :
- Profession :
- Adresse :
- Date de naissance :
- Lieu de naissance :
- Nationalité :
- Domicile Professionnel :
- E-mail :

Renseignements sur l'accident

- Date de l'accident :
- Lieu de l'accident (commune, département) :
- Nature exacte du véhicule ayant provoqué l'accident :
- Circonstances de l'accident :

A remplir si l'auteur est connu

- Nom :
- Prénoms :
- Adresse :
-

A remplir si vous connaissez l'assureur de l'auteur des dommages

- Nom de la société d'assurance :
- Numéro de contrat :

Si les autorités de police ou de gendarmerie ont effectué une enquête

- Adresses du commissariat compétent :
- Numéro de P.V. :
- Adresse de la brigade de gendarmerie :
- Numéro de P. V.

INSTRUCTIONS POUR COMPLETER LE DOCUMENT

Si vos blessures sont sans suite, il vous suffit de remplir la partie ①

Si un préjudice corporel subsiste, veuillez compléter la partie ② et joindre le certificat médical initial et le cas échéant le certificat médical de guérison ou de consolidation.

① Mes blessures sont sans suite

- Je n'ai aucune réclamation
- La réclamation se limite aux pertes de revenus et frais médicaux à charge (joindre les justificatifs)

② Il subsiste un préjudice corporel

VOUS ETES :

Salarié

Subissez-vous des pertes de salaire ?

- Oui
 - Je peux l'évaluer dès maintenant (joindre l'attestation patronale de perte de salaire net et les bordereaux de versement des indemnités journalières de votre organisme social)
 - Je ne peux encore l'évaluer (joindre le bulletin de salaire du mois précédant l'accident)
- Non, mon salaire est maintenu (employeur, mutuelle)

Non salarié

- Montant des pertes de revenus (joindre les deux derniers avis d'imposition) :
- Montant des indemnités journalières éventuellement perçues (joindre bordereaux de versement de votre organisme social) :

En cas de chômage, joindre les bordereaux d'indemnités journalières et des ASSEDIC.

Protection Sociale

- Nom et adresse de l'organisme social auquel vous êtes affilié :
- Numéro d'immatriculation :
- S'agit-il d'un accident de :
 - travail
 - trajet domicile-travail
 - vie privée

Mutuelle Complémentaire

- Nom et adresse de l'organisme complémentaire auquel vous êtes affilié :
- Numéro d'affiliation :

Remarques complémentaires