


**FORMULAIRE
DEMANDE D'INDEMNISATION**

(A RETOURNER COMPLETE PAR LA VICTIME)


Identité

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

- Adresse du commissariat compétent :
N° de P.V.
- Adresse de la brigade de gendarmerie :
N° 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

Non 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)

- 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

Mutuelle Complémentaire

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

Remarques complémentaires (vous pouvez répondre au verso de ce document, si nécessaire)

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

Certaines des informations contenues dans le présent document sont destinées aux fichiers du Fonds. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse ci-dessus Service Informatique (Loi 78.17 du 6 janvier 1978).

FAIT A :
SIGNATURE :

LE :