


**ACTE DE TERRORISME**

**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'acte de terrorisme***

▪ Date de l'événement : .....
▪ Lieu de l'événement (commune, département, pays) : .....
▪ Circonstances de l'acte de terrorisme : .....
.....
.....

**A remplir si l'acte est revendiqué ou si l'auteur est connu**

▪ Nom : .....	▪ Prénoms : .....
▪ Adresse : .....	
.....	

***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

*Merci de compléter le document et de joindre le certificat médical initial et le cas échéant le certificat médical de guérison ou de consolidation, et une photocopie de la carte d'identité ou du passeport, de la carte de séjour et de dater et signer le document.*

### **Description du préjudice**

Profession : ..... (en cas de chômage, joindre les bordereaux d'indemnités journalières et d'ASSEDIC)

**VOUS ETES :**

#### *Salarié*

Subissez-vous des pertes de salaire ?

**oui**

- Montant des pertes de salaires nets (joindre bulletin de salaire du mois précédant l'accident et attestation patronale de perte de salaire net) : .....
- Montant des indemnités journalières perçues (joindre bordereaux de versement de votre organisme social) : .....

**non**, mon salaire est maintenu (employeur, mutuelle)

#### *Non salarié*

- Montant des pertes de revenus (joindre l'avis d'imposition de l'année de l'accident et des deux années précédentes) : .....
- Montant des indemnités journalières éventuellement perçues (joindre bordereaux de versement de votre organisme social) : .....

#### *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

#### *Garanties Complémentaires*

- Nom et adresse de l'organisme complémentaire (mutuelle) auquel vous êtes affilié (le cas échéant) : .....
- Numéro d'affiliation : .....

#### *Votre préjudice peut-il être évalué dès maintenant ?*

- oui**                       car je suis guéri  
 car ma réclamation se limite aux pertes de revenus et frais médicaux à charge (joindre justificatifs)  
 **non** car des troubles persistent

*Certaines des informations contenues dans le présent document sont destinées* ..... *FAIT A :* ..... *LE* .....

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).

*SIGNATURE :* .....