



## Fonds de Garantie des Victimes

64 bis avenue Aubert, 94682 Vincennes cedex

# FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION ACTE DE TERRORISME

(à compléter par l'ayant-droit de la victime blessée/décédée)

Merci de compléter le document, le dater, le signer. Merci également de joindre une photocopie de la carte d'identité ou du passeport et tout document justifiant du lien de parenté avec la personne blessée/décédée (livret de famille, acte notarié...) ainsi qu'un relevé d'identité bancaire.

## INDENTITÉ DE L'AYANT-DROIT

Nom d'usage et Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Situation de famille :

Lien de parenté avec la victime :

Adresse postale :

Numéro de téléphone fixe :

Portable :

Adresse e-mail :

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ACTE DE TERRORISME

Date de l'événement :

Lieu de l'événement (commune, département, pays) :

Précisions que vous souhaitez apporter :

## INDENTITÉ DE LA VICTIME

Nom d'usage et Prénom :

Nationalité :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Situation de famille :

## FRAIS D'OBSÈQUES

Avez-vous réglé des frais d'obsèques ?

**Oui**, pour un montant de :

**Non**

(joindre les factures acquittées)

Un capital décès a-t-il été versé par un organisme social ou de prévoyance ?

**Oui**, pour un montant de :

**Non**

(joindre les justificatifs)

A ne renseigner que par le conjoint ou pour les enfants à charge : situation économique

## INFORMATIONS SUR LA VICTIME

Profession :

Salarié(e) : **Oui** **Non**

Gain annuels nets

(joindre les deux derniers avis d'imposition)

L'attentat a eu lieu pendant : **le travail** **le trajet domicile-travail** **la vie privée**

Nom et adresse de l'organisme de sécurité sociale auquel la victime est affiliée :

Numéro d'immatriculation :

Nom et adresse de la mutuelle complémentaire auquel la victime est affiliée :

## INFORMATIONS SUR L'AYANT-DROIT

Profession :

Salarié(e) : **Oui** **Non**

Gain annuels nets

(joindre les deux derniers avis d'imposition)

Avez-vous perçu des prestations d'un organisme social ou d'un assureur du fait du décès ?

**Oui**, pour un montant de :

**Non** (joindre les justificatifs)

## EVENTUELS AUTRES AYANTS-DROIT

Parents, conjoint, enfants, grands-parents, petits-enfants, frères et sœurs de la victime.

1. Nom et Prénom :

Adresse postale :

2. Nom et Prénom :

Adresse postale :

3. Nom et Prénom :

Adresse postale :

4. Nom et Prénom :

Adresse postale :

5. Nom et Prénom :

Adresse postale :

6. Nom et Prénom :

Adresse postale :

Fait à :

Le :

Signature :

