



Fonds de Garantie des Victimes
64 bis avenue Aubert, 94682 Vincennes cedex

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION ACCIDENT DE LA CIRCULATION (à compléter par la victime)

IDENTITÉ DE LA VICTIME

Nom d'usage et Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Situation de famille :

COORDONNÉES

Adresse postale :

Numéro de téléphone

Fixe :

Portable :

Adresse e-mail :

RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT

Date de l'événement :

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

Nature du véhicule responsable :

Circonstances de l'accident :

A remplir si les forces de l'ordre ont effectué une constatation et/ou une enquête

Adresse du commissariat / de la gendarmerie :

Numéro de P.V. :

IDENTITÉ DU RESPONSABLE (SI CONNU)

Nom d'usage et Prénom :

Numéro de téléphone :

Adresse postale :

Nom de l'assureur :

Numéro de contrat :

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.

PRÉJUDICES CORPORELS SANS SUITE

Je n'ai aucune réclamation

La réclamation se limite aux pertes de revenus et frais médicaux à charge (joindre les justificatifs)

PRÉJUDICES CORPORELS SUBSISTANTS

SALARIÉ(E)

Subissez-vous des pertes de salaire ?

Oui

Montant des pertes de salaires nets :

(joindre le bulletin de salaire du mois précédant l'événement et une attestation patronale de perte de salaires nets)

Montant des indemnités journalières perçues :

(joindre les bordereaux de versement 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(E)

Montant des pertes de revenus :

(joindre l'avis d'imposition de l'année de l'événement et des deux années précédentes)

Montant des indemnités journalières éventuellement perçues :

(joindre les bordereaux de versement de votre organisme social)

EN CAS DE CHOMAGE

Joindre les bordereaux d'indemnités journalières et d'allocations chômage.

PROTECTION SOCIALE

Nom et adresse de l'organisme de sécurité sociale auquel vous êtes affilié :

Numéro d'immatriculation :

L'accident s'est produit lors de votre : Travail Trajet domicile-travail Vie privée

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

Nom et adresse des organismes complémentaires auxquels vous êtes affiliés :

Numéro d'affiliation :

Remarques complémentaires :

Fait à :

Le :

Signature :