


**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 :