




www.fondsdegarantie.fr

Fonds de Garantie, 64 rue DeFrance - 94682 Vincennes cedex

Acte de terrorisme
FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION
(à retourner complété par la victime)

Identité

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

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
- Numéro de P.V. :
- Adresse de la brigade de gendarmerie
- Numéro 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 le dater et le signer.

Description du préjudice

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

VOUS ETES :

Salarié

Non salarié

Subissez-vous des pertes de salaire ?

oui

- Montant des pertes de salaires nets (joindre le bulletin de salaire du mois précédant l'événement 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)

- 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 bordereaux de versement de votre organisme social) :

Protection Sociale

- Nom et adresse de l'organisme social auquel vous êtes affilié :
- Numéro d'immatriculation :
- L'événement relève-t-il du régime des accidents de :
travail
trajet domicile-travail
vie privée

Garanties complémentaires

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

Votre préjudice peut-il être évalué dès maintenant ?

oui

car je suis guéri(e)

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

non car des troubles persistent.