




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'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
- Numéro de P.V :
- Adresse de la brigade de gendarmerie
- Numéro de P.V :

INSTRUCTIONS POUR COMPLETER LE DOCUMENT

Si vos blessures sont sans suite, il vous suffit de remplir la partie ❶

Si un préjudice corporel subsiste, veuillez compléter la partie ❷ et joindre le certificat médical initial et le cas échéant le certificat médical de guérison ou de consolidation.

❶ **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)

❷ **Il subsiste un préjudice corporel**

VOUS ETES :

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)

non, mon salaire est maintenu (employeur, mutuelle)

Non salarié

- 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
 vie privée

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)