

Déclaration d'accident

Souscripteur

Nom :	<input type="text"/>		
Adresse :	<input type="text"/>		
CP :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>
Compagnie :	<input type="text"/>	Numéro de police :	<input type="text"/>

Victime

Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>		
CP :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>	Lieu :	<input type="text"/>
Profession :	<input type="text"/>		
Quand la victime a-t-elle du cesser ses occupations ?	<input type="text"/>		
La victime est-elle affiliée à une mutuelle ?	<input type="checkbox"/>	Oui - Veuillez l'avisier	<input type="checkbox"/> Non

Bénéficiaire de l'indemnité

Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>		
CP :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>
Numéro de compte auprès d'un établissement financier :	<input type="text"/>		

Accident

Date : Heure : Lieu précis :

Circonstances :

Témoins

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Tiers

Si un tiers est responsable de l'accident, quels sont :

a) son identité :

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

b) Sa compagnie d'assurance :

c) Votre assureur "Défense et recours" :

A :

Le