

Formulaire de renseignements (1)

Coordonnées de la victime

Nom :
Prénom :
Adresse : rue N° Bte
Code postal : Localité :
Téléphone :
Etat civil : Date de naissance : / /
Nationalité :
Si la victime est mineure d'âge : nom du père : nom de la mère :
Qualité : Piéton Cycliste Passager Conducteur

Composition de la famille

Nom du conjoint :
Nombre d'enfants à charge cohabitants :
1 - Nom : Prénom : Date de naissance : / /
2 - Nom : Prénom : Date de naissance : / /
3 - Nom : Prénom : Date de naissance : / /
4 - Nom : Prénom : Date de naissance : / /
5 - Nom : Prénom : Date de naissance : / /

Renseignements généraux

La victime bénéficie-t-elle :

a) d'une intervention de la mutualité ? OUI NON
nom, adresse et n° d'affiliation :
.....

b) d'une intervention d'un assureur accident de travail ? OUI NON
nom, adresse et n° de police ou de dossier :
.....

c) d'une assurance scolaire ? OUI NON
nom, adresse et n° de police ou de dossier :
.....

d) d'une assurance individuelle accident ? OUI NON
nom, adresse et n° de police ou de dossier :
.....

e) d'une assurance occupant voiture ? OUI NON
nom, adresse et n° de police ou de dossier :
.....

f) d'une assurance protection juridique vie privée ? OUI NON
nom, adresse et n° de police ou de dossier :
.....

Divers

Pratiquez-vous de manière régulière une activité extra-professionnelle que vous ne pouvez plus pratiquer depuis l'accident.
Description et fréquence de cette activité :
.....
.....



Dommage vestimentaire (2)

Enumérez les vêtements ou objets transportés endommagés.

1. Nous vous conseillons de garder les vêtements et objets abîmés pour une évaluation éventuelle par la partie adverse.
2. Joignez les preuves d'achat des vêtements et objets abîmés.

Si vous ne disposez plus de ces documents, précisez les dates et prix approximatifs d'achat.

A large rectangular area with a light blue border, containing horizontal dotted lines for writing.



Frais de transport (3)

Faites un relevé systématique et chronologique des frais de transport exposés par votre famille pour vous rendre visite lors de votre hospitalisation éventuelle et des vôtres lorsque vous vous rendez chez votre médecin.

Veillez préciser dans des colonnes les éléments suivants :

Date	Lieu de départ	Destination	Km	N° de justificatif convocation (billet de train, taxi, etc...)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Perte de revenus professionnels (4)

Quelle est votre activité professionnelle ou autre ?

- | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SALARIÉ | <input type="checkbox"/> INVALIDE | <input type="checkbox"/> INDÉPENDANT | <input type="checkbox"/> FEMME AU FOYER | <input type="checkbox"/> ÉTUDIANT |
| <input type="checkbox"/> PENSIONNÉ | <input type="checkbox"/> AUTRE | | | |

Si vous êtes indépendant, nous vous invitons à nous transmettre les avertissements extraits de rôle des 3 dernières années et à chiffrer votre préjudice résultant de votre incapacité de travail (montant de la perte de revenus, frais exposés pour l'utilisation de personnel de remplacement éventuel).

Si en tant que salarié, vous êtes en incapacité de travail pendant plus d'un mois, nous vous invitons à nous transmettre un décompte de votre perte de revenus accompagné des pièces justificatives relatives à vos revenus ordinaires (dernière fiche de salaire) et aux revenus de remplacement (décompte de la mutuelle, assureur loi).



Frais de soins de santé (5)

Faites un relevé systématique et chronologique des frais médicaux exposés.
 Numérotez les justificatifs au fur et à mesure.

Nous vous conseillons de nous envoyer régulièrement un décompte partiel afin de nous permettre de demander des provisions complémentaires à l'assureur du responsable.

Nom du prestataire de soins	Date	Montant payé	Montant remboursé par la Mutuelle	Solde resté à charge de l'assuré	N° de la pièce justificative



Attestation médicale (6)

Victime

Nom et prénom de la victime :

Nature des blessures :

.....

.....

.....

Traitement suivi :

.....

.....

.....

Durée éventuelle de l'hospitalisation :

La victime peut-elle à nouveau effectuer ses activités normales ? OUI NON

Si NON : durée de l'incapacité :

totale :

partielle (durée et pourcentage) :

Une guérison complète est-elle prévue ? OUI NON

Si OUI, pour quand ?

Si NON, décrivez les séquelles ou le préjudice esthétique qui subsistera :

.....

.....

.....

Médecin

Nom et prénom du médecin :

Adresse : rue N° Bte

Code postal : Localité :

Fait à :, Signature

