

DÉCLARATION

D'UN DOMMAGE CORPOREL CAUSÉ PAR UN TIERS

1. Vos coordonnées

Nom, Prénom : _____

Matricule (13 chiffres) : _____

Téléphone privé : _____

Adresse e-mail: _____

2. Description des faits

Date : _____

Lieu : _____

N° procès-verbal: _____

Commissariat: _____

☐	Accident de travail / trajet
☐	Accident scolaire / trajet
☐	Affaire responsabilité civile
☐	Accident domestique
☐	Accident de circulation
☐	Rixe / agression
☐	Autre :

3. Coordonnées du Tiers Responsable (si connues)

Nom, Prénom : _____

Cordonnées (Tel., Adresse, ...) _____

Compagnie d'Assurance : _____

N° de police / N° sinistre : _____

4. Blessures et soins (Nature des blessures, médicaments, rééducation orthopédique, etc.)

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings on the paper.

5. Incapacité de travail / Hospitalisation / Médecins traitants

Incapacité de travail :

Du : Au :

Au :

Hospitalisation :
Du : Au :

Au :

Médecins traitants :

-
-
-
-

—

REMARQUES :
J'affirme que les réponses aux questions ci-dessus correspondent à la vérité et je déclare qu'aucun fait important n'a été dissimulé.

J'affirme que les réponses aux questions ci-dessus correspondent à la vérité et je déclare qu'aucun fait important n'a été dissimulé.

le

Signature