

FORMULAIRE DE DECLARATION D'ACCIDENT

ACCIDENT FORM

Date de l'accident: (dd mm yyyy)

Lieu de l'accident:

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT:

(joindre un croquis si nécessaire)

Nom et adresse du « responsable présumé » de l'accident:

Nom et adresse des témoins:

Nature des blessures (joindre le certificat médical de constatation des blessures)

Nature des dégâts autres

(pour les dommages matériels joindre un devis détaillé):

Personne blessée

Nom du blessé ou du lésé:

Prénom:

Adresse:

Code Postal:

Ville:

Tél.:

e-mail:

Date de naissance:

Sexe: F M

Compagnie d'assurances:

Numéro d'attestation ou numéro de police:

Nom, prénom et adresse du déclarant si ce n'est pas le blessé:

Lieu et date de la déclaration:

Signature du déclarant: