

LA VICTIME

Raison sociale * : M. Mme. Melle.

N° d'affiliation :

Nom * :

Prénom * :

Langue * :

Adresse * :

code postal localité

pays

Date de naissance : / /

Numéro du Registre national :

Adresse e-mail :

Si la victime est mineure...

Raison sociale * : M. Mme. Melle.

Nom (père, mère, tuteur) * :

Prénom * :

Langue :

Adresse :

code postal localité

pays

Profession :

Adresse e-mail :

Numéro de compte : - -

Numéro de compte IBAN :

Numéro de compte BIC :

Via **quelle compagnie d'assurance** est-il assuré pour sa responsabilité civile (familiale, auto, vélomoteur, etc) ?

Compagnie :

N° de police :

N° de dossier :

OCCUPATION

Occupation de la victime au moment de l'accident *

- Joueur
- Délégué
- Spectateur
- Arbitre
- Officiel
- Autre

L'ACCIDENT

A quel endroit est-il survenu ? *

- Pendant l'activité :
- Sur le chemin de l'activité :
- Déplacement : Individuel Collectif
- Moyen de locomotion utilisé :

Description détaillée de l'accident (causes, circonstances, conséquences et/ou dommages occasionnés) *

TIERS

- Tiers assuré
- Tiers étranger
- Est-il connu ? : Oui Non
- Raison sociale : M. Mme. Melle.
- Nom :
- Prénom :
- Langue :
- Nom père, mère, tuteur si mineur :
- Adresse :
- code postal localité
- pays

- Téléphone :
- Fonction :
- Date de naissance : / /
- Adresse e-mail :

Via **quelle compagnie d'assurance** est-il assuré pour sa responsabilité civile (familiale, auto, vélomoteur, etc) ?

- Compagnie :
- Langue :
- N° de police :
- N° de dossier :
- Marque du véhicule :
- Plaque :
- N° de châssis :
- Raison sociale : M. Mme. Melle.
- Nom du conducteur :
- Prénom :
- Langue :
- Adresse :
code postal localité
pays

Tiers assuré

Tiers étranger

- Est-il connu ? : Oui Non
- Raison sociale : M. Mme. Melle.
- Nom :
- Prénom :
- Langue :
- Nom père, mère, tuteur si mineur :
- Adresse :
code postal localité
pays

- Téléphone :
- Fonction :
- Date de naissance : / /
- Adresse e-mail :

Via **quelle compagnie d'assurance** est-il assuré pour sa responsabilité civile (familiale, auto, vélomoteur, etc) ?

- Compagnie :
- Langue :
- N° de police :
- N° de dossier :
- Marque du véhicule :
- Plaque :
- N° de châssis :
- Raison sociale : M. Mme. Melle.
- Nom du conducteur :
- Prénom :
- Langue :
- Adresse :
code postal localité
pays

Tiers assuré

Tiers étranger

- Est-il connu ? : Oui Non
- Raison sociale : M. Mme. Melle.
- Nom :
- Prénom :
- Langue :
- Nom père, mère, tuteur si mineur :
- Adresse :
code postal localité
pays

- Téléphone :
- Fonction :
- Date de naissance : / /
- Adresse e-mail :

Via **quelle compagnie d'assurance** est-il assuré pour sa responsabilité civile (familiale, auto, vélomoteur, etc) ?

- Compagnie :
- Langue :
- N° de police :
- N° de dossier :
- Marque du véhicule :
- Plaque :
- N° de châssis :
- Raison sociale : M. Mme. Melle.
- Nom du conducteur :
- Prénom :
- Langue :
- Adresse :
code postal localité
pays

Y a-t-il encore un autre tiers assuré ou étranger impliqué dans l'accident ? : Oui Non

INSTALLATIONS

L'accident est-il dû à une défectuosité des installations ? : Oui Non

Si oui, veuillez préciser...

TÉMOINS

1. Témoin

- Raison sociale * : M. Mme. Melle.
- Nom * :
- Prénom * :
- Langue * :
- Adresse :
code postal localité
pays
- Fonction :
- Adresse e-mail :

2. Témoin

- Raison sociale * : M. Mme. Melle.
- Nom * :
- Prénom * :
- Langue * :
- Adresse :
code postal localité
pays
- Fonction :
- Adresse e-mail :

3. Témoin

- Raison sociale * : M. Mme. Melle.
- Nom * :
- Prénom * :
- Langue * :
- Adresse :
code postal localité
pays
- Fonction :
- Adresse e-mail :

Y a-t-il encore un autre témoin ? : Oui Non

CONSTAT

Y a-t-il eu constat par une autorité verbalisante ? : Oui Non Inconnu

Si oui, par qui ? :

Numéro du procès verbal :

Date du procès verbal : / /

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

La victime est-elle en incapacité ? : Oui Non Inconnu

La victime est-elle en possession d'un certificat médical complété par le médecin ? * : Oui Non

Pour enrichir les zones, vous pouvez cliquer sur "Code" et choisir dans la liste.

Nature de la lésion * :

Code :

Siège de la lésion * :

Code :

▼

COORDONNÉES DE LA PERSONNE QUI A REMPLI CETTE DÉCLARATION

• Nom et prénom* :

• Fonction * :

• Numéro de téléphone :

• Adresse e-mail :

Remarque éventuelle