

## 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° procès-verbal: \_\_\_\_\_

Commissariat: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Accident de travail / trajet
<input type="checkbox"/>	Accident scolaire / trajet
<input type="checkbox"/>	Affaire responsabilité civile
<input type="checkbox"/>	Accident domestique
<input type="checkbox"/>	Accident de circulation
<input type="checkbox"/>	Rixe / agression
<input type="checkbox"/>	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.

**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.

le

Signature