

Déclaration de sinistre (protection juridique)

Informations générales

Date de l'incident :/...../.....

A quel endroit le sinistre a-t-il eu lieu?

- Adresse:
- Numéro:
- Code postal:
- Commune:

Nom et Prénom de la victime:

.....

Numéro de Registre National:

.....

Coordonnées employeurs :

- Nom :
- Adresse:
- Numéro:
- Code postal:
- Commune:
- Personne de contact

Pouvons-nous communiquer avec votre employeur au sujet de votre dossier :

- Oui
- Non

Coordonnées de la partie adverse:

- Nom et prénom:
- Adresse:
- Numéro:
- Code postal:
- Commune:

Est-ce que la partie adverse conteste sa responsabilité ?

- Oui
- Non

Avez-vous adressé une mise en demeure à la partie adverse?

- Oui*
- Non

*: Merci de nous faire parvenir une copie.

Y a-t-il eu intervention d'un médecin?

- Oui*
- Non

* Merci de nous transmettre les données/documents médicaux.

Circonstances et Préjudices

Type de préjudice:

- Dégâts matériels & corporels
- Dégâts corporels
- Dégâts matériels

Préciser les dommages :

.....
.....
.....

Quelles sont les causes et les circonstances de l'incident ? (1)

.....
.....
.....
.....

(1) Si le PV d'audition est joint, il n'est pas nécessaire de redécrire les circonstances.

Y a-t-il un témoin?

- Oui*
- Non

* Coordonnées du témoin:

- *Nom et prénom:*
- *Adresse:*
- *Numéro:*
- *Code postal:*
- *Commune:*

Etes-vous en possession d'une déclaration écrite du témoin:

- Oui*
- Non

**Merci de nous transmettre une copie.*

Un procès-verbal a-t-il été dressé ?

- Oui*
- Non

**Merci de nous transmettre une copie.*

Des photos ont-elles été prises?

- Oui*
- Non

**: Merci de nous faire parvenir une copie*

Y a-t-il d'autres victimes des mêmes faits ressortissants de la commission paritaire 317?

- *Nom et prénom:*
- *Nom et prénom:*
- *Nom et prénom:*