

Déclaration d'accident

Souscripteur

Nom :	ASBL Centre de Jeunes d'Antoing		
Adresse :	36, rue du Burg		
CP :	7640	Ville :	Antoing
Compagnie :	AXA	Numéro de police :	Ref 720230104

Victime

Nom :		Prénom :	
Adresse :			
CP :		Ville :	
Date de naissance :		Lieu :	
Profession :			
Quand la victime a-t-elle du cesser ses occupations ?			
La victime est-elle affiliée à une mutuelle ?	<input type="checkbox"/>	Oui - Veuillez l'avisier	<input type="checkbox"/> Non

Bénéficiaire de l'indemnité

Nom :		Prénom :	
Adresse :			
CP :		Ville :	
Numéro de compte auprès d'un établissement financier :			

Accident

Date : Heure : Lieu précis :

Circonstances :

Témoins

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Tiers

Si un tiers est responsable de l'accident, quels sont :

a) son identité :

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

b) Sa compagnie d'assurance :

c) Votre assureur "Défense et recours" :

A :

Le

Envoyer

Imprimer