



DECLARATION D'ACCIDENT NON PROFESSIONNEL

La victime	Nom et Prénom :
Qualité (*) <input type="checkbox"/> l'assuré social <input type="checkbox"/> conjoint de l'assuré social <input type="checkbox"/> enfant de l'assuré social <input type="checkbox"/> ascendant de l'assuré social	Numéro Matricule de l'Assuré Social <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-around; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"> </div>

Date de l'accident : heure :

Lieu de l'accident :

Causes et circonstances de l'accident :

.....

Témoins (Nom, Prénom et Adresse de chaque témoin) :

.....

.....

Procès Verbal de l'Accident : établi en date du sous le numéro

par le poste de Police ou de la Garde Nationale de

transmis au Ministère Public en date du sous le numéro

Affaire Judiciaire numéro au tribunal

Personne considérée comme partie :

Nom et prénom :

Adresse :

pièce d'identité N° type : délivrée le

Nom et Adresse de son assureur :

N° de la police d'assurance : Valable du : au

En cas d'accident de circulation : N° du permis de conduire :

Marque du véhicule : matricule :

Je soussigné ,

pièce d'identité N° type : délivrée le

résidant à

localité : Code postal

certifie en ma qualité de que les renseignements
ci-dessus sont sincères et exacts.

Fait à **le**

Signature