



[www.fondsdegarantie.fr](http://www.fondsdegarantie.fr)

Fonds de Garantie des Victimes  
64 bis avenue Aubert - 94682 Vincennes cedex

**Acte de terrorisme**  
**FORMULAIRE EN CAS DE DECES**  
**DEMANDE D'INDEMNISATION**

(à retourner complété par l'ayant droit)

*Merci de compléter le document, le dater, le signer et de joindre une photocopie de la carte d'identité ou du passeport et tout document justifiant du lien de parenté avec la personne décédée (livret de famille, acte notarié...) ainsi qu'un relevé d'identité bancaire.*

**Identité de l'ayant-droit**

- Nom et prénom : ..... ▪ Date de naissance : .....
- Nom de jeune fille : ..... ▪ Lieu de naissance : .....
- Lien de parenté avec la victime : ..... ▪ Nationalité : .....
- Adresse : .....  
.....
-  Domicile ..... Portable : .....
- E-mail : .....

**Renseignements sur l'acte de terrorisme**

- Date de l'événement : .....
- Lieu de l'événement (commune, département, pays) : .....
- Circonstance de l'acte de terrorisme : .....  
.....  
.....

**Identité de la personne décédée**

- Nom et prénom : ..... ▪ Date de naissance : .....
- Lieu de naissance : ..... ▪ Nationalité : .....
- Situation de famille : .....  
.....

**Frais d'obsèques**

- Avez-vous réglé des frais d'obsèques ? ☐ oui (préciser le montant et joindre les factures acquittées)  
☐ non
- Un capital décès a-t-il été versé par un organisme social ou de prévoyance ?  
☐ oui (préciser le montant et joindre les justificatifs)  
☐ non

**A ne renseigner que par le conjoint ou pour les enfants à charge : situation économique**

**Personne décédée**

- Profession : .....
- Salarié ☐ oui  
☐ non
- Gains annuels nets (joindre les deux derniers avis d'imposition):.....
- L'attentat a eu lieu pendant : .....
  - ☐ le travail
  - ☐ le trajet domicile-travail
  - ☐ la vie privée
- Nom et adresse de l'organisme de sécurité sociale auquel la personne décédée était affiliée :  
.....
- Numéro d'immatriculation : .....
- Nom et adresse de la mutuelle complémentaire à laquelle la personne décédée était affiliée :  
.....

**Ayant droit**

- Profession : .....
- Salarié ☐ oui  
☐ non
- Gains annuels nets (joindre les deux derniers avis d'imposition) :.....
- Avez-vous perçu des prestations d'un organisme social ou d'un assureur du fait du décès ?
  - ☐ oui (préciser le montant et joindre les justificatifs)
  - ☐ Non

**Eventuels autres ayants droit**

- Noms et adresses des autres ayants droit (parents, conjoint, enfants, grands-parents, petits-enfants, frères et sœurs de la personne décédée) :
  - ..... - .....
  - ..... - .....
  - ..... - .....

FAIT A : ..... LE : .....

SIGNATURE :