



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

www.fondsdegarantie.fr

Acte de terrorisme
FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION
(à retourner complété par la victime)

Merci de compléter le document, le dater et le signer et de joindre une copie du certificat médical initial. Le cas échéant, joindre également une copie du certificat médical de consolidation, une copie de la carte d'identité ou du passeport et un relevé d'identité bancaire.

Identité

- Nom d'usage et prénom : ▪ Date de naissance :
- Nom de naissance : ▪ Lieu de naissance :
- Situation de famille ▪ Nationalité :
- Adresse :
.....
-  Domicile Portable :
- E-mail :

Renseignements sur l'acte de terrorisme

- Date de l'événement :
- Lieu de l'événement (commune, département, pays) :
- Précisions que vous souhaiteriez apporter :
.....
.....

Si vous avez déposé plainte

Veuillez joindre une copie du récépissé de dépôt de plainte et la copie de votre déposition si celle-ci vous a été remise.

Description du préjudice

Profession : (en cas de chômage, joindre les bordereaux d'indemnités journalières et d'allocations chômage)

VOUS ETES :

Salarié

Non salarié

Subissez-vous des pertes de salaire ?

☐ oui

- Montant des pertes de salaires nets (joindre le bulletin de salaire du mois précédant l'événement et une attestation patronale de perte de salaire net) :
- Montant des indemnités journalières perçues (joindre les bordereaux de versement de votre organisme social) :

☐ non, mon salaire est maintenu (employeur, mutuelle)

☐ à déterminer ultérieurement

- Montant des pertes de revenus (joindre l'avis d'imposition de l'année de l'événement et des deux années précédentes) :
- Montant des indemnités journalières éventuellement perçues (joindre les bordereaux de versement de votre organisme social) :

Protection Sociale

- Nom et adresse de l'organisme de sécurité sociale auquel vous êtes affilié :
.....
- Numéro d'immatriculation :
- L'attentat a eu lieu lors de votre : ☐ travail
☐ trajet domicile-travail
☐ vie privée

Garanties complémentaires

- Nom et adresse des organismes complémentaires (mutuelle, assureur...) auxquels vous êtes affilié :
.....
- Numéro d'affiliation :

Votre préjudice peut-il être évalué dès maintenant ?

☐ oui

- ☐ car mon état est consolidé (c'est-à-dire qu'il est médicalement établi que mon état de santé est stabilisé et qu'il ne devrait plus évoluer)
- ☐ car ma réclamation se limite aux pertes de revenus et frais médicaux à charge (joindre les justificatifs)

☐ non car des troubles persistent.

FAIT A :

LE :

SIGNATURE :