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

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION

ACTE DE TERRORISME

(à compléter par la victime)

Merci de compléter le document, le dater et le signer. Merci également 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 :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Situation de famille :

COORDONNÉES

Adresse postale

Numéro de téléphone

Fixe : Portable :

Adresse e-mail :

RENSEIGNEMENTS SUR L'ACTE DE TERRORISME

Date de l'événement :

Lieu de l'événement (commune, département, pays) :

Précisions que vous souhaitez 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

SALARIÉ(E)

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 salaires nets)

Montant des indemnités journalières perçues :

(joindre les bordereaux de versement de votre organisme social)

☐ **Non**, mon salaire est maintenu (employeur, mutuelle)

☐ **À déterminer ultérieurement**

NON-SALARIÉ(E)

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)

EN CAS DE CHOMAGE

Joindre les bordereaux d'indemnités journalières et d'allocations chômage.

PROTECTION SOCIALE

Nom et adresse de l'organisme de sécurité sociale auquel vous êtes affiliés :

Numéro d'immatriculation :

L'attentat s'est produit lors de votre :

☐ Travail

☐ Trajet domicile-travail

☐ Vie privée

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

Nom et adresse des organismes complémentaires auxquels vous êtes affilié :

Numéro d'affiliation :

VOTRE PRÉJUDICE

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 à :

Le :

Signature :

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Fonds de Garantie des Victimes - Correspondant Informatique et Libertés - 64 bis avenue Aubert - 94682 Vincennes Cedex.