

Déclaration PROTECTION JURIDIQUE

Auto Incendie Divers
 Familiale Lex-tra

Numéro du contrat :

<p>Nom : Rue et numéro : Code postal et localité : Téléphone : Fax : IBAN</p> <p>Marque : Numéro de châssis : Numéro de plaque :</p> <p>Nom : Adresse : Date de naissance :</p>	<p style="text-align: center;">Preneur d'assurance</p> <p style="text-align: center;">Véhicule preneur d'assurance</p> <p>Garage de l'expertise :</p>	<p style="text-align: center;">Partie adverse</p> <p style="text-align: center;">Véhicule partie adverse</p> <p>Compagnie : N° du contrat :</p> <p style="text-align: center;">Conducteur ou victime</p>
---	--	--

Date des faits	Heure	Lieu (pays, localité, rue, ...)

CIRCONSTANCES * (votre version des faits) :

Selon vous, qui est responsable ?

Pourquoi ?

* En cas d'accident, dressez un croquis au verso ou joignez-le au formulaire. Vous pouvez également joindre une copie du Constat Européen d'Accident.

Procès-verbal	date	numéro	dressé par la police/gendarmerie de
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Témoins	Adresse
1	
2	
3	
4	

Verso à compléter également.

