

Informations sur l'assuré

Mme/Mlle/M

Nom, Prénom de l'assuré

Adresse

Code postal

Localité

Téléphone domicile

Téléphone portable

E mail

Numéro de contrat

Lettre clef

7	0	4	9	0	5	8	6	C
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Informations sur l'accident

Date

Lieu

Causes et circonstances de l'accident

Description des dommages

Informations complémentaires sur l'assuré

Numéro de licence de l'assuré

L'assuré est-il titulaire d'un contrat Multirisque Habitation garantissant sa responsabilité civile ?

oui non

Si oui, Nom et adresse de l'assureur

Numéro de contrat

Informations sur le tiers

S'agit-il d'un accident impliquant un tiers ? oui non

Si oui, Nom, Prénom

Adresse

Code postal

Localité

Téléphone domicile

Téléphone portable

E mail

Pièces à joindre à la déclaration

- La photocopie de la licence FFCV
- Le certificat médical de constatation des blessures, si l'assuré ou le tiers a subi des dommages corporels

Chaque partie conservera une copie de cette déclaration et l'original sera envoyée à la : FFCV, 19 rue des Sables, 62600 BERCK SUR MER qui transmettra à Aon.

Fait à

Le

Signature de l'assuré

Signature du tiers