

DECLARATION D'ACCIDENT : DOMMAGES MATERIELS INVOLONTAIRES
ACCIDENT CLAIM FORM : UNINTENTIONAL MATERIAL DAMAGE

Imprimé à compléter et à poster à :
Claim form to be completed and to be sent to :

A.V.I. INTERNATIONAL



40-44, rue Washington - 75008 Paris - France

NOM ET PRENOM DE L'ASSURE **AGE**

Last and First name of insured

ADRESSE A L'ETRANGER / Address abroad

DOMICILE DANS LE PAYS D'ORIGINE / Home country address

LIEU EXACT DES DEGATS / Where did damage occur.....

DATE DE L'ACCIDENT / Date damage occurred : /..../..../..../

PROFESSION ou ACTIVITE / Profession :

CIRCONSTANCES DETAILLEES COMPLETES ET EXPLICITES / How and why did damage occur (give details) : ...

VOTRE RESPONSABILITE : * Selon vous, êtes-vous entièrement responsable des dommages dont le tiers lésé demande le remboursement ? **OUI - NON***

*** Le tiers ou une autre personne ont-ils une part de responsabilité ?** **OUI - NON***

YOUR LIABILITY : According to you, are you totally liable for damages. Is the other party claiming reimbursement ? Is the third partly liable ? Or some other person ?

Avez-vous des relations professionnelles ou personnelles avec le tiers ? **OUI - NON***

Do you have personal or professional relationship with the third party ?

Si oui, de quelle nature / If so, what kind of relationship ?

NATURE ET IMPORTANCE DES DOMMAGES MATERIELS / Please describe damage :

MONTANT DU DEVIS DE REPARATION OU DE LA FACTURE (à nous adresser) / Amount of repair cost or of invoice (to be sent to us)

NOM ET ADRESSE DU TIERS LESE / Name and address of victim

NOM ET ADRESSE DE SA COMPAGNIE D'ASSURANCE / Name and address of his/her insurance company

NOMS ET ADRESSES DES TEMOINS EVENTUELS / Name and addresses of witnesses if any

..... **SIGNATURES :**

FAIT A **LE** **SIGNATURE DE L'ASSURE :**

* Rayer la mention inutile. Cross the wrong answer.

Si nécessaire, utiliser le dos.
If necessary, use the reverse side.