

ASSOCIATION DES BRULES DE France 46, quai de la Loire – 75019 PARIS TEL 01 42 02 25 01 — EMAIL abfidf@aol.com

SERVICE JURIDIQUE

Son objectif vise à informer et à aider les victimes de brûlures dans l'exercice de leurs droits.

Si tel est votre objectif, veuillez remplir ce questionnaire.

Les informations qui y seront portées permettront au Service Juridique de donner réponse à votre attente.

VOTRE IDENTITE

Nom:	Prénom:		
Né (e) le :	A:		
Nationalité			
Nom de Jeune fille :	Téléphone :		
Adresse:			
Emploi:			
- Profession:			
- Employeur:			

Adnesse EMAIL!

SUR LA NATURE DE L'ACCIDENT

-	S'agit-il d'un accident de : (Veuillez cocher la case correspondante)					
	o Circulation () o Travail ()	Domestique Agression		Autre ()		
-	Date des faits :					
-	Un tiers est-il en cause dans la surven	ance de vos l	blessures?	OUI () NON (
SUR	LES BLESSURES					
-	Avez-vous été hospitalisé?		OUI()	NON ()		
-	Description rapide des blessures constatées: (si possible joindre la copie du certificat médical)					
	,					
	Degré des brûlures : ;	Surface atteir	nte :	*		
-	Les soins sont-ils suivis jusqu'à ce jou	ur?	OUI()	NON ()		
	L'INTERVENTION EN GARANTI SURANCES	E EVENTU	ELLE D'UI	NE COMPAGNIE		
	Disposez-vous d'une assurance person	nnelle ?	OUI ()	NON ()		
-	L'auteur de l'accident dispose t-il d'un pour assurer votre indemnisation ?	ne police d'as	SSURANCE de :	nature à intervenir NON ()		

CIRCONSTANCES DE L'	ACCIDENT : (descriptif	<u>) :</u>	
3000000			
	4		
	ŧ,		
		900 - 6660 de Politician designa de servicio e escucio se se se constitucio de la composició de la composici	

Date