

**ASSOCIATION DES BRULES DE FRANCE**

**46, quai de la Loire – 75019 PARIS**

**Tel : 01.42.02.25.01 – E-mail : 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.

**IDENTITE DE LA PERSONNE BRÛLEE :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vous Votre conjoint Votre enfant | | |
| Nom : | Prénom : | |
| Né (e) le : | A : | |
| Nationalité : | | |
| Nom de jeune fille : | | Téléphone : |
| Adresse mail : |
| Adresse : | | | |
| Emploi :   * Profession : * Employeur : | | | |
| **Vos identités et coordonnées (si vous n’êtes pas la personne brûlée) :** | | | |

**SUR LA NATURE DE L’ACCIDENT :**

* S’agit-il d’un accident de : (veuillez cocher la case correspondante) :
* Circulation Domestique
* Travail Agression Autre
* Date des faits :
* Un tiers est-il en cause dans la survenance de vos blessures ? Oui Non

**SUR LES BLESSURES :**

* Avez-vous déjà été hospitalisé ? Oui Non
* Description rapide des blessures constatées (si possible joindre la copie du certificat médical) :

* Degré des brûlures :
* Surface atteinte :
* Les soins sont-ils suivis jusqu’à ce jour ? Oui Non

**SUR L’INTERENTION EN GARANTIE EVENTUELLE D’UNE COMPAGNIE D’ASSURANCES :**

* Disposez-vous d’une assurance personnelle ? Oui Non
* L’auteur de l’accident dispose-t-il d’une police d’assurance de nature à intervenir pour assurer votre indemnisation ? Oui Non

**CIRCONSTANCES DE L’ACCIDENT (descriptif) :**

**Date : Signature :**