

FONDS DE GARANTIE AUTOMOBILE

F.G.A

02, RUE LAKHDAR SELMAN (EX-FRANCHE COMPTE) EL-MOHAMMADIA - ALGER

TEL : 021 82 14 41 - FAX : 021 82 15 20

SITE WEB : [www.fga.dz](http://www.fga.dz) - E-MAIL : [contact@fga.dz](mailto:contact@fga.dz)

**FORMULAIRE**  
**DEMANDE D'INDEMNISATION**  
(A RETOURNER COMPLETE PAR LA VICTIME)

**Identité**

- ◆ Nom et Prénom : ..... ◆ Date de naissance : .....
- ◆ Nom de jeune fille : ..... ◆ Lieu de naissance : .....
- ◆ Adresse : .....
- .....
- ◆ Domicile : ..... Professionnel : ..... ◆ Nationalité : .....
- ◆ Situation de famille : ..... ◆ E-mail : .....

**Renseignements sur l'accident**

- ◆ Date de l'accident : .....
- ◆ Lieu de l'accident (commune - wilaya) : .....
- ◆ Nature exacte du véhicule ayant provoqué l'accident : .....
- ◆ Circonstances de l'accident : .....
- .....
- .....

**A remplir si l'auteur est connu**

- ◆ Nom : ..... ◆ Prénom : .....
- ◆ Adresse : .....
- .....
- ◆ Tél : .....

**A remplir si vous connaissez l'assureur des dommages**

- ◆ Nom de la Société d'assurance : .....
- ◆ Numéro de contrat : .....

**Si les autorités de police ou de gendarmerie ont effectué une enquête**

- ◆ Adresse du commissariat compétent :  
N° de P.V. ....
- ◆ Adresse de la brigade de gendarmerie :  
N° de P.V. ....

Fait à : LE :  
SIGNATURE :

## INSTRUCTIONS POUR COMPLETER LE DOCUMENT

*Si vos blessures sont sans suite, il vous suffit de remplir la partie 1*

*Si un préjudice corporel subsiste, veuillez compléter la partie 2 et joindre le certificat médical initial et le cas échéant le certificat médical de guérison ou de consolidation.*

### 1 En cas de blessures

- Je n'ai aucune réclamation
- La réclamation se limite aux pertes de revenus et frais médicaux à charge (joindre les justificatifs)

### 2 Il subsiste un préjudice corporel

VOUS ETES :

**SALARIE**

Subissez-vous des pertes de salaires ?

**Oui**

Je peux l'évaluer dès maintenant (Joindre l'attestation patronale de perte de salaire net et les bordereaux de versement des indemnités journalières de votre organisme social).

Je ne peux pas encore l'évaluer (Joindre le bulletin de salaire du mois précédant l'accident)

**NON SALARIE**

Montant des pertes de revenu (joindre les deux derniers avis d'imposition) :

.....

Montant des indemnités journalières éventuellement perçues (joindre bordereaux de versement de votre organisme social) :

.....

*EN CAS DE CHOMAGE, JOINDRE LES BORDERAUX D'INDEMNITES JOURNALIERES (CNAC - APC).*

### PROTECTION SOCIALE

Nom et adresse de l'organisme social auquel vous êtes affilié : .....

Numéro d'immatriculation : .....

S'agit-il d'un accident de :  Travail  
 Trajet domicile-travail

### MUTUELLE COMPLEMENTAIRE

Nom et adresse de l'organisme complémentaire auquel vous êtes affilié : .....

Numéro d'affiliation : .....

**REMARQUES COMPLEMENTAIRES (vous pouvez répondre au verso de ce document si nécessaire)**

.....  
.....  
.....

FAIT A :

LE :

SIGNATURE :