

Formulaire de recensement des victimes Explosion de la rue de TIVOLI – 09/04/2023

► *Formulaire confié à l'AVAD¹, à remplir par la victime, son représentant légal ou son mandataire ou le représentant légal de la personne morale, pour être dûment complété et remis en mains propres et sur rendez-vous à l'AVAD à l'intention des coordonnateurs nationaux.*

Informations générales

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :
.....

Qualité du déclarant :

représentant légal Oui Non

mandataire Oui préciser :

Adresse au jour du sinistre :
.....

Adresse actuelle :
.....

S'agit-il d'un relogement, d'un hébergement familial ou autre ?
.....

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :

Profession :

N° de sécurité sociale :

Nom et adresse complète de l'organisme social dont vous dépendez :
.....

Avez-vous déclaré le sinistre à cet organisme ? Oui Non

Avez-vous fait l'objet d'un arrêt de travail que vous estimez lié au sinistre ?

Oui *Non*

Nom et adresse de votre mutuelle :

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

N° adhérent mutuelle :

Composition du foyer à la date du 09/04/2023:

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Présent sur les lieux sinistrés : *Oui* *Non*

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Présent sur les lieux sinistrés : *Oui* *Non*

Nom :

Date et lieu de naissance :

Présent sur les lieux sinistrés : *Oui* *Non*

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Présent sur les lieux sinistrés : *Oui* *Non*

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Présent sur les lieux sinistrés : *Oui* *Non*

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Présent sur les lieux sinistrés : *Oui* *Non*

Personne étrangère au foyer présente le 09/04/2023 au moment du sinistre

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Numéro de téléphone :
Adresse e-mail :

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Numéro de téléphone :
Adresse e-mail :

Assurance

Nom et adresse de votre assureur Responsabilité Civile Multirisque Habitation :
.....
.....
N° de Police :

Avez-vous effectué une déclaration de sinistre?

Oui Non

Si oui, n° de sinistre :

Avez-vous souscrit une « garantie accident de la vie » ou « garantie individuelle accident » ?

Oui Non

Avez-vous effectué une déclaration de sinistre?

Oui Non

Si oui, n° de sinistre :

Situation juridique au regard du logement sinistré

Etes-vous : Propriétaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Locataire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hébergé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Préciser la localisation exacte de l'appartement dans l'immeuble (étage, porte...) :
.....
.....

Si vous êtes propriétaire du logement sinistré, avez-vous souscrit un emprunt immobilier toujours en cours de remboursement ?

Oui Non

Si oui, nom et adresse de la banque, et références de cet emprunt :

.....
.....

Avez-vous fait une déclaration de sinistre auprès de votre « assurance emprunteur » ?

Oui Non

Si oui, nom et adresse de l'assurance, et n° de sinistre :

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

Avocat

Etes-vous assisté par un avocat ? Oui Non

Si oui, nom et coordonnées de votre conseil :

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

Préjudices

Description indicative de vos blessures et pertes (préjudices corporels, psychologiques, matériels, immatériels, professionnels) :

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

.....

Avez-vous un médecin traitant ? *Oui* *Non*

Si oui, ses nom et prénom :

L'avez-vous consulté en raison de problèmes de santé que vous estimez liés au sinistre ?

Oui *Non*

Avez-vous consulté d'autres médecins en raison de problèmes de santé que vous estimez liés au sinistre ?

Oui *Non*

Avez-vous consulté un psychologue en raison de troubles que vous estimez liés au sinistre ?

Oui *Non*

Si vous n'avez pas consulté de professionnel en raison de problèmes de santé ou de troubles psychologiques que vous estimez liés au sinistre, souhaitez-vous bénéficier d'une telle consultation ?

Oui *Non*

Souhaitez-vous que votre situation soit signalée à un service social ?

Oui *Non*

Je consens au traitement de ces données par les coordonnateurs nationaux dans le cadre de la mission qui leur a été impartie par Madame la Première Ministre le 21 juillet 2023.

Fait à :

Le :

Signature :