

ETAT ESTIMATIF DES PERTES CONSECUTIVES A L'ACCIDENT

❖ **Identité du licencié :**

NOM :
Prénom :

❖ **Etes-vous dans l'un des cas suivants :**

Prévoir des frais dentaires Prévoir des frais optique Prévoir des frais pour autre prothèse médicale

Autre : à préciser :

❖ **Quels objets matériels ont été endommagés dans l'accident :**

	Marque, modèle, caractéristiques	Date d'achat Mois / Année	Valeur d'achat en €	Nature du justificatif fourni : facture, ticket de caisse, attestation, ...	N° PJ	Valeur des réparations	Date du dernier remplacement de chaque pièce
Casque							
Cardio							
GPS							
Equipt							
Vesti- mentaire							
Vélo							
Autres							

Autre : à préciser :

Fait à :

Le :

Signature :