**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 :**