

Cabinet Plénita

Courtier expert

Spécialiste français de l'assurance des services à la personne

11 rue de l'Escaut 75019 PARIS

☎ 01.47.70.06.05 ☎ fax 01.47.70.04.02

courriel : contact@plenita.fr

www.plenita.fr www.assurance-automission.fr

IMPORTANT (cachet obligatoire de la structure)

DECLARATION D ACCIDENT AUTO DOMI ⁽¹⁾

(à remplir par la structure)

S'agit-il d'une formule AUTO DOMI (cochez la case)

AUTO DOMI SOLUTION

AUTO DOMI TRADITION

L'accident est survenu au cours (2)

- au cours d'un **TRAJET DOMICILE TRAVAIL**
- au cours d'un **DEPLACEMENT PROFESSIONNEL (ou INTERVACCACTION)**
- au cours d'un **ACCOMPAGNEMENT ou AIDE A LA MOBILITE.**
- au cours d'un **SERVICE BENEVOLE.**

TRES IMPORTANT ([pour la formule AUTO DOMI SOLUTION seulement](#))

Si l'assureur de base a refusé d'intervenir merci de joindre :

Sa lettre de REFUS et la copie du contrat d'assurance automobile personnel.

Copie des conditions particulières de l'assurance personnelle de la salariée

NOM et PRENOM du salarié (ou du bénévole) :

DATE, HEURE, ET LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT :

CIRCONSTANCES DETAILLEES dans lesquelles l'accident s'est produit :
DOMMAGES CONSTATES :

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

Y-a-t-il un TIERS EN CAUSE OUI NON - **Y-a-t-il des blessés même légers** OUI NON

L'avez vous déclaré en ACCIDENT de TRAJET ou de TRAVAIL à la sécurité sociale OUI NON

Date de transmission au CABINET PLENITA :.....

Signature du conducteur :

Signature du Président ou du directeur
Toute déclaration sans signature du président ou du directeur
Sera retournée aussitôt à la structure

(1) *A joindre au impérativement constat amiable – merci.*

(2) *Cochez la case correspondante.*

RESERVE AU CABINET PLENITA = MONTANT DE LA FRANCHISE =€

ATTESTATION DE MISSION

(joindre obligatoirement à la déclaration)

SIGNEE OBLIGATOIREMENT
DU PRESIDENT OU DU DIRECTEUR GENERAL DE L'ENTITE

Je soussigné(e)

PRESIDENT(E) représentant(e) conventionnel(le) de la structure (2)

.....
 DIRECTEUR GENERAL de l'entité.....(2)

.....
Certifie que M.....

INTERVENANT(E) **BENEVOLE** **CADRE OU AGENT ADMINISTRATIF**

AIDE SOIGNANTE **INFIRMIERE SIAD, CSI, HAD**

ETAIT AU MOMENT DE L'ACCIDENT (2) remplir et cochez

EN TRAJET DOMICILE TRAVAIL

Etait partie de chez elle (lui) a H
Se rendait chez M.....à.....
Et devait effectuer.....kilomètres

**EN DEPLACEMENT PROFESSIONNEL
OU INTERVACCATON**

Etait partie de chez M.....à.....
Se rendait chez M.....à.....
Et devait effectuer.....kilomètres

**EN ACCOMPAGNEMENT TRANSPORT
OU AIDE A LA MOBILITE**

Etait partie de chez M.....à.....
Se rendait chez M.....à.....
Et devait effectuer.....kilomètres
Accompagnée par M.....

SERVICE BENEVOLE

Se rendait au siège de la structure
 Se rendait à une réunion ou assemblée
 Se rendait à un RDV pour la structure
 Se rendait à domicile pour le service

Que M.....

Est salarié(e) de notre structure depuis le

Est bénévole depuis le.....

Fait à.....le.....

Signature obligatoire (*précédée de la mention certifié sincère et conforme à l'exacte réalité des faits*).

CACHET OU TAMPON OBLIGATOIRE

**TOUTE FAUSSE DECLARATION SERAIT PASSIBLE DES ARTICLES L. 113-8 OU
ARTICLE 113-9 DU CODE DES ASSURANCES AINSI QUE DE SANCTIONS
PENALES EVENTUELLES.**

RESERVE AU CABINET PLENITA = MONTANT DE LA FRANCHISE =€