



## SUBROGATION

AGENCE

Réf. : 317-3-07

### IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Nom ou Raison Sociale : .....

N° d'Affiliation : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse :  
.....  
.....  
.....

N° téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### IDENTIFICATION DE L'ASSURE

Nom : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Prénom : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

N° d'Immatriculation : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

N° téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

Nom : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Prénom : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Lien de parenté : .....

### IDENTIFICATION DU DOSSIER OBJET DU RECOURS

Type de prestation: .....

Numéro de dossier : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Date de l'accident : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Lieu de l'accident : .....

### IDENTIFICATION DU TIERS RESPONSABLE

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Compagnie(s) d'assurance du tiers responsables : .....

N° de la police d'assurance : .....

### Observations

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

### Cachet et visa Agence