

Je, soussigné M^{me}/M.,

Président·e de, confie à :

LE MISSIONNÉ

Prénom			
Nom			
Fonction			
N° licence			
Adresse			
Code postal		Ville	

LA MISSION

Motif			
Lieu de départ			
Lieu·x de mission			
Date·s			
Durée			

MOYENS DE TRANSPORT

--

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

--

À :

Le :

Signature Président·e :

CAS PARTICULIER - AUTO-MISSION

À retourner : • Par courrier : Gras Savoye Rhône-Alpes Auvergne
Service Indemnisation
TSA 50119
69303 LYON CEDEX 07

• Par mail : sinistresautogsr2a@grassavoye.com

Compagnie assurance		Marque véhicule	
Police		Immatriculation	

M^{me}/M. s'engage à ne faire aucune déclaration à son assureur personnel.

Signature propriétaire du véhicule :