

Témoignage

Bureau d'assurances

Schyns Assurances s.a
Place du Marché, 2
4651 Battice

Identité du/des témoin(s)

Nom et prénom	I.	2.	3.

Adresse

Numéro de téléphone

Renseignements généraux concernant l'accident

Date : / / Heure :

Rue et numéro :

Code postal : Commune :

Circonstances de l'accident

.....

.....

.....

.....

.....

Selon vous, qui est responsable de l'accident ? Pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

.....

