



L'ENTRAIDE

CAISSE DE SOLIDARITE DES CONDUCTEURS

DEMANDE D'AIDE ART 9- RI

Le CONTREVENANT doit être ADHERENT au moment des faits

N° de demande d'aide

Date de réception

Date de l'imprimé
Janvier 2024

Cadre réservé
au Siège

Centre N° :

NOM et Prénom du correspondant :

NOM :

Adhérent N° |_|_|_|_|_|_|_|_|

Prénom :

Date de naissance :



Date de l'infraction :

Montant de l'amende:

Justificatifs obligatoires à joindre avec la demande d'aide dans les 4 mois suivant la notification de l'amende. Ils resteront la propriété de l'ENTRAIDE.

- L'avis de contravention ORIGINAL impérativement au nom et prénom de l'adhérent
- La preuve de paiement

En cas de décès d'un(e) adhérent(e) lors d'un accident de la route en conduisant un véhicule, une aide sera accordée à la personne physique désignée par l'adhérent lors de son adhésion. Contacter le siège pour les formalités.

La numérisation des documents est autorisée, **au format .pdf uniquement et de très bonne qualité**. Toutefois, dans le cas contraire, L'ENTRAIDE se réserve le droit de demander l'envoi par courrier des documents originaux papiers si besoin.

Je transmets ce dossier complet à mon Correspondant avec 2 enveloppes vierges timbrées si envoi postal.

Tout dossier incomplet **ne sera pas envoyé** au siège par le Correspondant.

Je donne mon consentement au recueil et au traitement des données me concernant conformément à l'application du RGPD (Règlement général sur la protection des données)

A _____ le _____ A _____ le _____

Signature de l'adhérent :

Signature du correspondant :

Refus

Date

Date Retour

Refus

Date

Date retour

PV €

Aide %

Infraction

Aide €

Date du Règlement

Chèque N°