

Je, soussigné M<sup>me</sup>/M.

.....,

Président e de .....

confie à :

## LE MISSIONNÉ

Prénom			
Nom			
Fonction			
N° licence			
Adresse			
Code postal		Ville	

## LA MISSION

Motif			
Lieu de départ			
Lieux de mission			
Dates			
Durée			

## MOYENS DE TRANSPORT

--

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

--

À :

Le :

Signature Président e :

### CAS PARTICULIER - AUTO-MISSION

À retourner : • Par mail : [sinistresautogsr2a@grassavoye.com](mailto:sinistresautogsr2a@grassavoye.com)  
 • Par courrier : Gras Savoye Rhône-Alpes Auvergne  
 Service Indemnisation  
 TSA 50119  
 69303 LYON CEDEX 07

Compagnie assurance		Marque véhicule	
Police		Immatriculation	

M<sup>me</sup>/M. .... s'engage à ne faire aucune déclaration à son assureur personnel.