

## DÉCLARATION D'UN ACCIDENT DE TRAJET

A renvoyer complétée, datée et signée à votre UGD avec les pièces jointes, impérativement, sauf cas de force majeure :

▶ dans un délai de 15 jours à compter de la date de l'accident si le certificat médical initial est établi immédiatement.

Ou

▶ dans un délai de 15 jours à compter de la date de constatation médicale, si le certificat médical initial est établi dans les deux ans qui suivent la date de l'accident.

 Si l'accident a entraîné un arrêt de travail, vous devez transmettre cet arrêt de travail dans le délai de 48 heures suivant son établissement.

### 1 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Matricule :

Statut :      Agent titulaire                      Agent stagiaire                      Agent contractuel de droit public  
**Les contractuels de droit privé et les vacataires relèvent du régime général de la Sécurité sociale auquel ils sont affiliés**

Corps :

Grade :

Direction :

Service d'affectation :

Adresse professionnelle :

Adresse personnelle :

En cas de modification de date de visite médicale :

Téléphone personnel :

Email personnel :

#### **TOUTE VISITE AVEC LE MEDECIN DE CONTROLE DU PAMA EST OBLIGATOIRE :**

7 rue Watt – 75013 PARIS, Tél : 01.42.76.58.00

- Votre UGD aura copie de vos convocations au service de médecine statutaire.
  - Toute absence doit être justifiée par un certificat médical ou un bulletin hospitalier.
- Faute de ces justifications, après deux absences  **votre rémunération sera interrompue jusqu'à ce que cette visite médicale soit effectuée** conformément à l'article 37-12 du Décret n°87-602 du 30 juillet 1987.



Décrivez les circonstances précises de votre accident :

#### 4 - LES TEMOIGNAGES DIRECTS OU INDIRECTS

Témoins directs	Témoins indirects *
<b>① Le témoin est agent de la Ville</b> Nom : Prénom : Matricule :	<b>② Le témoin est agent de la Ville</b> Nom : Prénom : Matricule :
<b>③ Le témoin n'est pas agent de la Ville</b> Nom : Prénom : Adresse : Code postal : Ville :	<b>④ Le témoin n'est pas agent de la Ville</b> Nom : Prénom : Adresse : Code postal : Ville :

\* **témoin indirect** : Personne ayant constaté vos blessures après l'accident

#### 5 - TIERS EN CAS D'ACCIDENT DE LA CIRCULATION

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Compagnie d'assurance :

Numéro police d'assurance

Y a-t-il eu un constat amiable ?

oui      non

☛ **Si oui, joindre une copie de la déclaration faite au guichet.**

► Ces informations permettront à la Ville de Paris d'engager une procédure de remboursement des frais générés par l'accident (traitement + cotisations sociales + frais de santé).

