

Déclaration d'un accident de service - travail

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 vos rémunérations seront interrompues jusqu'à ce que cette visite médicale soit effectuée conformément à l'article 37-12 du Décret n°87-602 du 30 juillet 1987.

2 - L'ACCIDENT

Date de l'accident :

Date de la déclaration par la victime :

Heure de l'accident :

Horaires prévus le jour de l'accident : de _____ à _____ et de _____ à _____

Horaires réels du jour de l'accident : de _____ à _____ et de _____ à _____

Lieu de l'accident(adresse précise)

Lieu de télétravail :

3 - LES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Moyen de locomotion éventuel :

Pédestre
Véhicule automobile
Bicyclette
Transport en commun
Scooter, moto
Autre moyen, préciser :

Cause :

Chute, perte d'équilibre
Agression
Collision
Condition météorologique
Etat physique
Incident mécanique
Sortie de route
Autre cause, préciser :

Facteur potentiel :

Préciser le ou les facteur(s) potentiel(s) à l'origine de l'accident (sol glissant ou en mauvais état, outil en mauvais état...)

Elément matériel :

Préciser le ou les élément(s) matériel(s) ayant concouru à la réalisation de l'accident (machine, outil...)

Décrivez les circonstances précises de votre accident :

4 - LES TEMOIGNAGES DIRECTS OU INDIRECTS

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

