

# DÉCLARATION D'ACCIDENT

2800985000000Q  
2800986000000W

**IMPORTANT : L'ensemble des documents nécessaires à l'instruction du dossier est à adresser par mail à** service.association1@axa.fr **ou par voie postale à** Axa Santé et Collectives - Direction Santé Prévoyance - Service Clients Associations - TSA 10800 - 92727 NANTERRE Cedex – Tél. : 01 73 600 601 – en indiquant sur l'enveloppe « **Lettre confidentielle, à l'attention du médecin conseil** »

## COORDONNÉES DE LA VICTIME DE L'ACCIDENT

Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe (H/F) : ..... Date de naissance (jj/mm/aaaa): .....  
N° Sécurité sociale : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : .....

## CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Date d'accident (jj/mm/aaaa) : ..... Heure d'accident (hh/mm) : .....  
Début de shift (jj/mm/aaaa, hh/mm) : ..... Fin de shift (jj/mm/aaaa, hh/mm) : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Circonstances précises : .....  
.....  
.....

Procès-verbal :  Oui  Non ; si oui, merci de nous le transmettre à réception

La victime portait-elle son casque ?  Oui  Non

Présence d'un tiers  Oui  Non

Si oui, nom et adresse du tiers : .....  
.....

Le signataire de la présente déclaration certifie l'exactitude des informations déclarées ci-dessus. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner une non garantie au titre du sinistre déclaré.

Fait à : ..... Le : .....

Nom et signature de la victime (son représentant, ou son ayant droit)

## PIECES JUSTIFICATIVES

La transmission d'un dossier complet permettra un traitement rapide. Veuillez joindre à la déclaration de sinistre les pièces ci-après :

### Dans tous les Cas

- L'attestation de shift (preuve du lien entre le coursier et DELIVEROO et de l'occurrence de l'accident au cours d'un shift pour le compte de DELIVEROO)
- La déclaration d'accident du coursier prévue à cet effet dans les 5 jours qui suivent l'accident - *envoi postal uniquement*
- Le cas échéant, le procès-verbal de gendarmerie ou le rapport de police (ou les références, date, et autorité qui l'a établi) - *envoi postal uniquement*
- La photocopie de la pièce d'identité
- Certificat médical détaillé, établi par un médecin dans les 5 jours suivant la date de l'accident, à adresser à notre médecin conseil sous pli confidentiel - *envoi postal uniquement*

### Décès / PTIA (à nous faire parvenir dans **les six mois** suivant le décès)

- L'acte de décès
- Une copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré(e) décédé(e) de moins de 3 mois
- La photocopie du ou des livret(s) de famille
- Tout justificatif permettant d'identifier le bénéficiaire en l'absence de désignation spécifique
- Le certificat médical constatant le décès en indiquant la cause ou les circonstances (à adresser sous pli confidentiel à notre médecin conseil) - *envoi postal uniquement*
- La copie intégrale de l'acte de naissance ou conjoint et de chacun des bénéficiaires
- L'attestation sur l'honneur certifiant la non séparation de corps, si le bénéficiaire est le conjoint
- La photocopie de la carte d'identité du ou des bénéficiaires
- Le RIB du ou des bénéficiaires
- Le rapport établi par le médecin traitant ou par le médecin ayant constaté la perte totale et irréversible d'autonomie (à adresser sous pli confidentiel à notre médecin conseil) - *envoi postal uniquement*

### Arrêt de travail

- Les certificats d'arrêt de travail, et/ou les bulletins d'hospitalisation comportant date d'entrée et date de sortie de l'hôpital - *envoi postal uniquement*
- Un RIB

### Remboursement des Frais de Santé Hors Hospitalisation

- Les justificatifs des frais engagés et de leur lien avec l'accident
- La copie des décomptes de remboursement des organismes sociaux (Sécurité sociale, LMDE etc.)
- Ou, à la place des documents ci-dessus : la copie du décompte de la complémentaire santé

### Hospitalisation

- Un bulletin de situation ou tout autre document de l'hôpital précisant les dates d'entrée et de sortie  
Selon la facturation dont relève l'établissement :
- Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire,
- L'original de la facture,
- L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement
- Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires
- Ou, à la place des documents ci-dessus : la copie du décompte de la complémentaire santé

**L'assureur se réserve le droit de demander tout renseignement complémentaire ou de pratiquer une expertise médicale avant règlement du sinistre ayant fait l'objet de la présente déclaration.**

Informatique et libertés (loi n° 78-17 du 06.01.78 modifiée par la loi n° 2004-801 du 06.08.04)

Les informations personnelles recueillies au travers de ce formulaire et des demandes de renseignements ou de pièces complémentaires font l'objet d'un traitement principalement pour les finalités suivantes : gestion des prestations, prévention de la fraude, respect des obligations légales et établissement de statistiques. A ces mêmes fins, les informations recueillies pourront être transmises à nos sous-traitants, partenaires et réassureurs, dans le respect de la confidentialité médicale. Un défaut de réponse de votre part ne nous permettrait pas de poursuivre l'instruction de votre demande. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de mise à jour de vos données personnelles. Vous pouvez exercer ces droits en nous adressant un courrier à l'adresse suivante Axa Santé et Collectives - Direction Santé Prévoyance - Service Clients Associations - TSA 10800 - 92727 NANTERRE Cedex -