

Déclaration d'accident

Le sinistre doit être déclaré **DANS LES 5 JOURS** de sa survenance,
Conformément à la Loi du 13/07/1930

Imprimé à utiliser pour tout accident mettant en cause un aéronef

A retourner à : F.F.V.V 29 rue de Sèvres 75006 PARIS
Tél. 01 45 44 04 78 fax 01 45 44 70 93

*Afin d'accélérer la prise en charge du sinistre,
merci de joindre à cette déclaration les documents suivants :*

- la copie de la demande de licence/assurances adressée à la FFVV
- la copie de la licence de pilote
- la copie du certificat de navigabilité
- la copie du certificat d'immatriculation

Renseignements sur l'assuré

NOM DU CLUB
Représentant du club :
Adresse :
.....
Code postal Ville :
N° de téléphone fixe : Portable :
Fax : E-mail :
Numéro de code club FFVV :

Renseignements sur l'accident

Date de l'accident : Heure de l'accident :
Lieu de l'accident :
Code Département :

Appareil concerné : Planeur Motoplaneur Avion remorqueur ULM

Nom et Adresse du Propriétaire de l'aéronef :

.....
.....
.....

Constructeur :
Type : Série :
N° de série :
Immatriculation :
 Monoplace Biplace Triplace Quadriplace

Renseignements sur le pilote :

NOM
Prénom
Adresse :
.....
Code postal Ville :
N° de téléphone fixe : Portable :
Date de Naissance Sexe : Masculin Féminin
Situation de famille : Marié Célibataire Veuf Union libre /Concubin/ PACS
Nombres d'enfants à charge : Profession :
Membre de l'Aéro-club de : Code Club :
Profil du Passager :
 Pilote breveté Pilote instructeur Elève pilote
Numéro de licence-assurance FFVV :
Type assurances :

Personnes à contacter en cas d'hospitalisation ou de décès :

NOM
Prénom
Adresse :
.....
Code postal Ville :
N° de téléphone fixe : Portable :
E-mail :

Lien avec l'assuré : époux(se) concubin(e) fils fille ami amie autre

Afin de gérer le plus rapidement possible le dossier sinistre, merci de joindre à cette déclaration :

- **En cas d'hospitalisation :**

. la copie des certificats médicaux initiaux délivrés par l'hôpital

Description et type de blessures :
.....
.....
.....

- **En cas de décès :**

*. la copie du certificat de décès
. la copie du livret de famille*

Renseignements sur le(s) passager(s) :

NOM
Prénom
Adresse :
.....
Code postal Ville :
N° de téléphone fixe : Portable :
Fax : E-mail :
Date de Naissance Sexe : Masculin Féminin
Situation de famille : Marié Célibataire Veuf Union libre /Concubin / PACS
Nombres d'enfants : Profession :
Membre de l'Aéro-club de : Code Club :

Profil du Passager :

Pilote breveté pilote instructeur Elève pilote Non Volant

Le passager est-il affilié FFV ? OUI NON

Si oui merci de préciser le n° de licencié :

Personnes à contacter en cas d'hospitalisation ou de décès :

NOM
Prénom
Adresse :
.....
Code postal Ville :
N° de téléphone fixe : Portable :
Fax : E-mail :

Lien avec l'assuré : époux(se) concubin(e) fils fille ami amie autres

Afin de gérer rapidement le dossier sinistre, merci de joindre à cette déclaration :

- **En cas d'hospitalisation :**

. la copie des certificats médicaux initiaux délivrés par l'hôpital

Description et type de blessures :
.....
.....
.....

- **En cas de décès :**

. la copie du certificat de décès
. la copie du livret de famille

Renseignements sur le(s) tiers

NOM
Prénom
Adresse :

Code postal Ville :
N° de téléphone fixe : Portable :
Fax : E-mail :

Description des dommages :
.....
.....
.....

Montant estimatif des dommages:
.....
.....

Afin de gérer rapidement le dossier sinistre, merci de joindre à cette déclaration :

. le(s) devis ou la(les) facture(s) des dommages

NOM
Prénom
Adresse :

Code postal Ville :
N° de téléphone fixe : Portable :
Fax : E-mail :

Description des dommages :
.....
.....
.....

Montant estimatif des dommages:
.....

Afin de gérer rapidement le dossier sinistre, merci de joindre à cette déclaration :

. le(s) devis ou la(les) facture(s) des dommages

Témoins ayant vu l'accident:

1 – NOM, Prénom et adresse complète :

.....

Profession ou Qualité : Téléphone :

Le témoin est-il ?

Pilote planeur Pilote avion Non volant Autres :

2 – NOM, Prénom et adresse complète :

.....

Profession ou Qualité : Téléphone :

Le témoin est-il ?

Pilote planeur Pilote avion Non volant Autres :

Renseignements sur l'(les) autorité(s) intervenue(s)

NOM

Prénom

Adresse :

.....

Code postal Ville :

N° de téléphone fixe : Portable :

Fax : E-mail :

N° du procès verbal de gendarmerie ou de police :

.....

Fait à

Le

Signature :