

Déclaration d'accident

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

A retourner à :

F.F.G.
Aérodrome Lognes Emerainville
77 185 LOGNES
T : 01 60 05 71 20
F : 01 60 05 58 54

Sociétaire ou Assuré

NOM Prénom
Date de Naissance Sexe Masculin Féminin
Adresse :
Code postal Ville :
N° de téléphone : Portable :
Profession : E-mail :
Numéro de licence-assurance FFG :

Profil du Pilote :

Elève Instructeur Pilote Breveté Compétiteur

L'Assuré pratique l'activité d'hélicoptère depuis :

Moins de 3 mois Moins de 6 mois Moins d'un an
Plus de 2 ans Plus de 5 ans

Fréquence des vols :

Quotidienne Week End Mensuelle Saisonnière

Date de brevet : N° Brevet :
Date du précédent vol :
Heures de vol Hélicoptère à ce jour : dont sur type :

Antécédents des accidents aéronautiques au cours des 5 dernières années :

Informations relatives à l'accident

Commune du lieu de l'accident : Code Département :
Date de l'accident : Heure de l'accident :
Nom du lieu du décollage : Code Département :

Conditions Météorologiques (visibilité, vent, activité thermique, etc...) :
.....

Nature du terrain de l'accident :
.....

Nature du vol entrepris :

école entraînement voyage loisir rallye
meeting baptêmes de l'air épandage photographies aériennes
autres Précisez exactement :

Identification du problème ayant entraîné l'accident (Causes et circonstances) :

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

Pilote :

Membre de l'Aéro-club de : Code Club :
NOM, PRENOM :
Adresse :
N° de téléphone : Portable :
Profession : E-mail :

Date et Lieu de Naissance :
Sexe : Masculin Féminin
Assuré social : OUI NON
Situation de famille : Marié Célibataire Veuf Union libre /Concubin / PACS

Nombre d'enfants : Profession :

Numéro de licence-assurance FFG :

Profil du Pilote :

Elève Instructeur Pilote Breveté Compétiteur

L'Assuré pratique l'activité d'hélicoptère depuis :

Moins de 3 mois Moins de 6 mois Moins d'un an
Plus de 2 ans Plus de 5 ans

Fréquence des vols :

Quotidienne Week-end Mensuelle Saisonnière

Date de brevet : N° Brevet :
Date du précédent vol :
Heures de vol Hélicoptère à ce jour : dont sur type :

Antécédents des accidents aéronautiques au cours des 5 dernières années :

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

Témoins ayant vu l'accident:

1 – NOM, Prénom et adresse complète :

Profession ou Qualité :Téléphone :

2 – NOM, Prénom et adresse complète :

Profession ou Qualité : Téléphone :

3 – NOM, Prénom et adresse complète :

Profession ou Qualité :Téléphone :

Autres personnes à contacter en cas de décès ou d'hospitalisation :

1 – NOM, Prénom et adresse complète :

Téléphone : Fax : E-mail :

Conséquences de l'accident :

Mettre une croix en face de la partie du corps correspondante. Préciser lorsqu'il y a fracture.

Blessures :

Membres inférieurs

Corps

Membres supérieurs

Tête

Pour le pilote

Des éléments de l'appareil l'ont-ils particulièrement protégé (description) :

Ou au contraire occasionné des blessures (description) :

Pouvez-vous préciser l'angle d'impact de la machine avec le sol ?

Lieu où l'appareil est visible :

Nom de la personne à contacter sur place :

Numéro de téléphone :

Divers :

Autorité ayant effectué une enquête :

Gendarmerie de : Tel : Mr :

Police de l'air de : Tel : Mr :

District Aéron. de : Tel : Mr :

Fait à :

Le :

Signature et Cachet :

Nom et qualité du signataire :