

## 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 55 Rue des Petites Ecuries 75010 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

### Nature des dommages

- Dommages matériels exclusivement : Appareil : .....  
Propriétaire : .....
- Dommages corporels exclusivement : Nom .....  
Nature blessure : .....
- Dommages matériels et corporels
- Appareil(s) concerné(s) .....
  - assuré par M./Mme ..... auprès de (assureur).....
  - Personne(s) blessée(s) .....
  - Nature blessure.....

### 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 le pilote :**

NOM .....

Prénom .....

Adresse : .....

.....

Code postal ..... Ville : .....

N° de téléphone fixe : ..... Portable : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Nom et numéro de la mutuelle (si applicable) : .....

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

<b>Renseignements sur le(s) passager(s) :</b>
---

NOM .....

Prénom .....

Adresse : .....

.....

Code postal ..... Ville : .....

N° de téléphone fixe : ..... Portable : .....

Fax : ..... E-mail : .....

Date de Naissance ..... Sexe :  Masculin  Féminin

Numéro de sécurité sociale : .....

Nom et numéro de la mutuelle (si applicable) : .....

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

<b>Renseignements sur le(s) tiers</b>
---------------------------------------

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 : .....  
.....  
.....

.....  
En cas de dommage corporel : Numéro de Sécurité Sociale :.....  
Nom et numéro de la mutuelle : .....

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 : .....

Intervention des pompiers : .....

Fait à .....

Le .....

**Signature :**