

## 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 :

#### **AIR COURTAGE ASSURANCES**

Allée des Lilas - Hôtel d'entreprises "Pierre Blanche"  
01150 ST VULBAS  
Tel : 04 27 46 54 00 Fax: 04 74 46 09 14

### **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 : .....  
.....



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 Aeron. de : ..... Tel : ..... Mr : .....

Fait à : .....

Le : .....

**Signature et Cachet :**

**Nom et qualité du signataire :**