

Déclaration d'accident

Le sinistre doit être déclaré **DANS LES 5 JOURS** de sa survenance,
Conformément au Code des assurances

Imprimé à utiliser pour tout accident mettant en cause un ULM

Retourner TOUTES les pages à :

F.F.P.L.U.M 96 bis rue Marc Sangnier – 94700 MAISONS-ALFORT
Tél. 01.49.81.74.43 Fax 01.49.81.74.51

*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 FFPLUM
- la copie des brevets et qualifications du pilote
- la copie de la carte d'identification et fiche d'identification de l'ULM

Renseignements sur l'assuré

NOM.....
Prénom
Adresse :
.....
Code postal Ville :
N° de téléphone fixe : Portable :
Adresse e-mail :
Numéro de licence FFPLUM :
Date de naissance :
Profession

Renseignements sur l'accident

Date de l'accident : Heure de l'accident :
Lieu de l'accident :
Code Département :
Nature du vol :
 local voyage instruction baptême photo
 largage parachutiste épandage remorquage banderole
 remorquage delta vol d'essai

Appareil concerné :

Multiaxe Pendulaire Paramoteur Autogire
 Aérostat Motorisation auxiliaire Parapente Delta
 Monoplace Biplace

Nom et Adresse du Propriétaire de l'aéronef :

.....
.....
Constructeur :
Marque :
N° d'Identification : N° de série :
Année de fabrication :
Endroit où se trouve l'appareil :
.....

Personne à contacter :
 Nom :
 Prénom :
 Téléphone :
 Fax ou mail :

L'Appareil a-t-il subi des dommages ? OUI NON

Si oui, préciser la nature des dommages

- aéronef légèrement endommagé :
- train
 - hélice
 - ailes
 - empennage
 - structure
- aéronef fortement endommagé
- train
 - hélice
 - ailes
 - empennage
 - structure
- aéronef détruit
- feu
- réservoir (composite, rotomoulé...)
 - emplacement : aile, derrière assise etc...
 - circuit essence
- radio
- parachute (marque)
- GPS
- Ceinture deux points, harnais
- Siège (toile, mousse, composite)

L'APPAREIL AVAIT-IL :

Un parachute OUI NON

OCCUPANTS :

| | Pour le pilote | Pour le passager |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <u>BLESSURES :</u> | | |
| <u>Gravité</u> | | |
| <input type="checkbox"/> Légèrement blessé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gravement blessé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Décédé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Nature</u> | | |
| Contusion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Plaie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brûlure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fracture | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Siège</u> | | |
| Tête | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Buste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Membres inférieurs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Choc :</u> | | |
| Frontal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vertical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arrière | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Equipement</u> | | |
| Casque | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chaussure montante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lunettes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vêtement couvrant (cuir) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Renseignements sur le pilote :

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

Profil du pilote :

Pilote Breveté Pilote instructeur Pilote Compétiteur Elève pilote

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 des blessures :
.....
.....

- **En cas de décès :**

. la copie du certificat de décès

. la copie du livret de famille

Renseignements sur le passager :
(Si aucun, barrer cette section)

NOM
Prénom
Adresse :
.....
Code postal Ville :
N° de téléphone fixe : Portable :
Fax : E-mail :
Date de Naissance Sexe : Masculin Féminin
Nationalité :.....
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 ULM Instructeur ULM Elève Non Volant

Le passager est-il affilié FFPLUM ? OUI NON
Si oui merci de préciser le n° de licencié :
Etait-il en mesure de piloter cette machine au moment de l'accident ? OUI NON

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 le passager : 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 des blessures :
.....
.....

- **En cas de décès :**

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

Renseignements sur le(s) tiers
(si aucun, barrer cette section)

1er TIERS :

NOM

Prénom

Adresse :

.....

Code postal Ville :

N° de téléphone fixe : Portable :

Fax : E-mail :

Description des dommages :

.....

.....

.....

.....

Montant estimatif des dommages:

.....

.....

Personnes à contacter en cas d'hospitalisation:

NOM

Prénom

Adresse :

.....

Code postal Ville :

N° de téléphone fixe : Portable :

E-mail :

Lien avec le tiers : 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 de dommages matériels :*
. le(s) devis ou la(les) facture(s) des dommages

- *En cas d'hospitalisation :*
. la copie des certificats médicaux initiaux délivrés par l'hôpital

Description des blessures :

.....

.....

.....

2ème 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 le plus rapidement possible le dossier sinistre, merci de joindre à cette déclaration :

- *En cas de dommages matériels :*
. la(s) devis ou la(les) facture(s) des dommages

- *En cas d'hospitalisation :*
. la copie des certificats médicaux initiaux délivrés par l'hôpital
Description des blessures :
.....
.....

Témoins ayant vu l'accident (si aucun, barrer cette section) :

1 – NOM, Prénom et adresse complète :
.....
.....
Profession ou Qualité : Téléphone :
Le témoin est-il ?
 Pilote ULM Pilote avion Non volant Autres :

2 – NOM, Prénom et adresse complète :
.....
.....
Profession ou Qualité : Téléphone :
Le témoin est-il ?
 Pilote ULM 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 :
.....

Nom et Prénom du Signataire :

Qualité du Signataire :

Tel ou Email :

Fait à

Le

Signature :