

## 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 :** **A.I.R COURTAGE Assurances**  
**Hôtel d'Entreprise « Pierre Blanche » - Allée des Lilas**  
**BP 70008 – 01155 ST VULBAS CEDEX**  
Tél. 04.74.46.09.10 Fax 04.74.46.09.14

*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 au RSA
- la copie de la licence de pilote
- la copie du certificat de navigabilité

### Renseignements sur l'assuré

NOM.....  
Prénom .....

Adresse : .....

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

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

Date de Naissance .....

Situation de famille :  Marié  Célibataire  Veuf  Union libre /Concubin / PACS

Nombres d'enfants : ..... Profession : .....

### Renseignements sur l'accident

Date de l'accident : ..... Heure de l'accident : .....

Lieu de l'accident : .....

Code Département : .....

Nom et Adresse du Propriétaire de l'aéronef :

.....

Constructeur : .....

Marque : .....

Immatriculation : ..... N° de série : .....

Année de fabrication : .....

Monoplace

Biplace

Triplace

Quadriplace

Endroit où se trouve l'appareil : .....

.....

.....



**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 : .....

**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(s) passager(s) :**

**1<sup>er</sup> PASSAGER**

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 : .....  
Le passager est-il affilié auprès de la Fédération RSA ? 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 des blessures :** .....  
.....  
.....

- **En cas de décès :**

**. la copie du certificat de décès**

**. la copie du livret de famille**

**2<sup>ème</sup> PASSAGER**

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 : .....  
Le passager est-il affilié auprès de la Fédération RSA ? 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 des blessures :** .....  
.....  
.....

- **En cas de décès :**  
**. la copie du certificat de décès**  
**. la copie du livret de famille**

**3<sup>ème</sup> PASSAGER :**

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 : .....  
Le passager est-il affilié auprès de la Fédération RSA ? 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 des blessures :** .....  
.....  
.....

- **En cas de décès :**  
**. la copie du certificat de décès**  
**. la copie du livret de famille**

**Renseignements sur le(s) tiers**

**1<sup>er</sup> 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

**2<sup>ème</sup> 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

**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 : .....

**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 :**