

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



**Retourner toutes les pages à votre Fédération, ainsi qu'à :**

**AIR COURTAGÉ ASSURANCES**

Hôtel d'Entreprises "Pierre Blanche" - 330 Allée des Lilas

Parc Plaine de l'Ain - 01150 ST VULBAS - FRANCE

Email : [sinistres@air-assurances.com](mailto:sinistres@air-assurances.com)

Tél.: 04.27.46.54.00 (taper 3)

FFPLUM 96 bis rue Marc Sangnier - 94 700 - MAISON AFLORT

Tél. 01 49 81 74 43

Site : <https://ffplum.fr>

Email : [ffplum@ffplum.org](mailto:ffplum@ffplum.org)

**Afin d'accélérer la prise en charge du sinistre, merci de JOINDRE à cette déclaration LES DOCUMENTS SUIVANTS :**

- la copie des qualifications du pilote
- la copie des certificats l'aéronef (ex : certificat d'immatriculation, certificat de navigabilité, carte d'identification, fiche d'identification...)
- la copie de la licence-assurances fédérale

## 1 – Renseignement concernant l'accident

Date de l'accident : ..... Heure de l'accident (local) : .....

Lieu de l'accident : Code Département : ..... Ville : ..... Pays : .....

Nature du vol : ..... Rémunéré : OUI NON

autre :

## 2 - Renseignements concernant l'aéronef à l'origine du sinistre

Coordonnées du propriétaire de l'aéronef :

.....

Personne à contacter : .....

Nom, Prénom : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

Appareil concerné :

Si autre (préciser) : .....

Nombre de places : .... Constructeur : ..... Modèle : .....

Immatriculation/N° d'Identification : ..... N° de série : .....

Année de fabrication : .....

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

Atelier envisagé pour les réparations : .....

Était-il équipé d'un parachute de secours ?  NON  OUI

Conséquences de l'accident :

L'aéronef a-t-il été endommagé\* ?  NON  OUI

Si oui : descriptif des dommages :

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

**\*ATTENTION :** dans la mesure du possible, nous vous demandons de prendre des photos sur les lieux du sinistre ainsi que des photos des dommages. Vous devez faire établir un devis détaillé de remise en état et ne pas procéder aux réparations sans accord préalable des assureurs.

### 3 - Renseignements concernant le pilote

Nom, Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....  
N° de téléphone : ..... E-mail : .....  
Fédération :  
Affilié à une fédération :  
N° licence fédérale : ..... Date d'adhésion : .....  
Membre de l'Aéro-club de : ..... Code Club : .....

#### Profil :

Pilote Breveté    Pilote instructeur    Pilote Compétiteur    Elève pilote  
 Autre : .....

#### Conséquences de l'accident :

Dommages matériels  
 Dommages corporels  
 Dommages corporels et matériels

#### Description et estimation chiffrée des dommages matériels :

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

#### Description des dommages corporels : (ne pas joindre de pièces médicales)

Blessures légères  
 Blessures graves  
 Décès

#### Autres précisions :

.....  
.....

#### Personnes à contacter en cas d'hospitalisation ou de décès :

Nom, Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....  
N° de téléphone : ..... E-mail : .....  
Lien :  époux(se)    concubin(e)    fils    fille    autre : .....

### 4 - Renseignements concernant l'assuré (si différent du pilote)

Nom, Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....  
N° de téléphone : ..... E-mail : .....  
Fédération :  
Affilié à une fédération :  
N° licence fédérale : ..... Date d'adhésion : .....  
Membre de l'Aéro-club de : ..... Code Club : .....

## 5 - Renseignements concernant le(s) passager(s) (barrer si sans objet)

### **PASSAGER 1 :**

Nom, Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....  
N° de téléphone : ..... E-mail : .....  
Situation Familiale : ..... Nombre d'enfants : ..... Profession : .....  
Fédération :

### **Profil :**

Pilote Breveté  Pilote instructeur  Pilote Compétiteur  Elève pilote  
 Autre : .....

### **Conséquences de l'accident :**

Dommages matériels  
 Dommages corporels  
 Dommages corporels et matériels

### **Description et estimation chiffrée des dommages matériels :**

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

### **Description des dommages corporels :** (ne pas joindre de pièces médicales)

Blessures légères  
 Blessures graves  
 Décès

### **Autres précisions :**

.....  
.....

### **Personnes à contacter en cas d'hospitalisation ou de décès :**

Nom, Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....  
N° de téléphone : ..... E-mail : .....  
Lien :  époux(se)  concubin(e)  fils  fille  autre : .....

### **PASSAGER 2 :**

Nom, Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....  
N° de téléphone : ..... E-mail : .....  
Situation Familiale : ..... Nombre d'enfants : ..... Profession : .....  
Fédération :

### **Profil :**

Pilote Breveté  Pilote instructeur  Pilote Compétiteur  Elève pilote  
 Autre : .....

### **Conséquences de l'accident :**

Dommages matériels  
 Dommages corporels  
 Dommages corporels et matériels

Description et estimation chiffrée des dommages matériels :

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

Description des dommages corporels : (ne pas joindre de pièces médicales)

- Blessures légères  
 Blessures graves  
 Décès

Autres précisions :

.....  
.....

**Personnes à contacter en cas d'hospitalisation ou de décès :**

Nom, Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....  
N° de téléphone : ..... E-mail : .....  
Lien :  époux(se)  concubin(e)  fils  fille  autre : .....

**PASSAGER 3 :**

Nom, Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....  
N° de téléphone : ..... E-mail : .....  
Situation Familiale : ..... Nombre d'enfants : ..... Profession : .....  
Fédération :

**Profil :**

- Pilote Breveté  Pilote instructeur  Pilote Compétiteur  Elève pilote  
 Autre : .....

**Conséquences de l'accident :**

- Dommages matériels  
 Dommages corporels  
 Dommages corporels et matériels

Description et estimation chiffrée des dommages matériels :

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

Description des dommages corporels : (ne pas joindre de pièces médicales)

- Blessures légères  
 Blessures graves  
 Décès

Autres précisions :

.....  
.....

**Personnes à contacter en cas d'hospitalisation ou de décès :**

Nom, Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....  
N° de téléphone : ..... E-mail : .....  
Lien :  époux(se)  concubin(e)  fils  fille  autre : .....

## 6 - Renseignements concernant le(s) tiers *(barrer si sans objet)*

Des dommages ont-ils été occasionnés à un (des) tiers ?  NON  OUI

Si oui, préciser :

- Dommages matériels
- Dommages corporels
- Dommages corporels et matériels

Description des dommages corporels : (ne pas joindre de pièces médicales)

- Blessures légères
- Blessures graves
- Décès

Autres précisions :

.....  
.....

Description et estimation chiffrée des dommages matériels :

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

L'aéronef d'un tiers a-t-il été endommagé ?  NON  OUI

Si oui : descriptif des dommages :

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

Appareil concerné :

Si autre (préciser) : .....

Nombre de places : .... Constructeur : ..... Modèle : .....

Immatriculation/N° d'identification : ..... N° de série : .....

Année de fabrication : .....

Lieu où l'appareil est situé : .....

Atelier envisagé pour les réparations : .....

Des passagers blessés sont-ils à déplorer dans l'aéronef du tiers ?  NON  OUI

Si oui, remplir le 5 (renseignements concernant les passagers)

Coordonnées des tiers :

**TIERS 1 :**

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

N° de téléphone : ..... E-mail : .....

**Personnes à contacter en cas d'hospitalisation ou de décès :**

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

N° de téléphone : ..... E-mail : .....

Lien :  époux(se)  concubin(e)  fils  fille  autre : .....

**Déclaration d'accident  
impliquant un aéronef**

**TIERS 2 :**

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

N° de téléphone : ..... E-mail : .....

<b>Personnes à contacter en cas d'hospitalisation ou de décès :</b>
Nom, Prénom : .....
Adresse : .....
Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....
N° de téléphone : ..... E-mail : .....
Lien : <input type="checkbox"/> époux(se) <input type="checkbox"/> concubin(e) <input type="checkbox"/> fils <input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> autre : .....

**7 – Témoins (si tel est le cas)**

**Témoign n° 1**

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : ..... E-mail : .....

Profession : .....

**Témoign n° 2**

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : ..... E-mail : .....

Profession : .....

**8 – Déclaration circonstanciée**

*Décrivez précisément les causes probables et circonstances de l'accident. Si nécessaire vous pouvez joindre un schéma explicatif.*

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

## 9 – Renseignements sur les autorités intervenues

**Autorité ayant effectué une enquête :**

NOM / Prénom : ..... Qualité.....

N° de téléphone : .....

E-mail : .....

**Gendarmerie de :** .....

**Parquet :** .....

**Police de l'Air de :** .....

**N° du procès-verbal de Gendarmerie ou de Police :** .....

**Intervention des pompiers :**  NON  OUI, adresse : .....

## 10 – Protection des données personnelles

J'ai pris connaissance que :

- Les données à caractère personnel récoltées sur ce formulaire sont indispensables à la bonne gestion des sinistres en application du contrat passé par le souscripteur et la compagnie d'assurance. A ces fins, elles sont conservées sur support informatique sécurisé et dans des dossiers papiers accessibles uniquement aux gestionnaires de sinistres pour la durée nécessaire à l'instruction du dossier et à l'issue de celle-ci archivées pour des fins de preuves, en application des durées légales de prescriptions. Elles sont destinées aux gestionnaires sinistres d'Air Courtage Assurances, agissant dans le cadre d'une délégation de gestion et/ou aux assureurs concernés ainsi que, le cas échéant, aux organismes sociaux et au médecin-conseil des assureurs.
- Les personnes concernées par le traitement disposent du droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de ses données à caractère personnel ou une limitation de leur traitement, du droit de s'opposer au traitement ainsi que du droit de retirer leur consentement et enfin du droit à la portabilité de ses données en nous contactant à [dpo@air-assurances.com](mailto:dpo@air-assurances.com) ou à l'adresse suivante : Air Courtage Assurances, Traitement des données personnelles, Hôtel d'entreprise Pierre Blanche, 330 Allée des Lilas, 01150 SAINT VULBAS, France.
- Les personnes concernées par le traitement bénéficient également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente. En France il s'agit de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : <https://www.cnil.fr>.

## 11 – Signature

Nom et Prénom du signataire : .....

Qualité (indiquer la relation avec l'Assuré si le Signataire n'est pas l'assuré) : .....

Tel et Email du signataire : .....

Fait à : .....Le .....

**Signature :**