

## 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
<b><u>BLESSURES :</u></b>		
<b><u>Gravité</u></b>		
<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"/>
<b><u>Nature</u></b>		
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"/>
<b><u>Siège</u></b>		
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"/>
<b><u>Choc :</u></b>		
Frontal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Equipement</u></b>		
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 :**