

# DECLARATION D'ACCIDENT

**Le sinistre doit être déclaré dans les 5 jours de sa survenance  
conformément à l'article L 113-2 du Code des Assurances**

## ASSURE

Nom, Prénom.....  
Adresse.....  
.....  
N° de Client ..... E-mail :..... N° de téléphone.....  
N° et Références du ou des Contrat(s) d'assurances.....  
Lieu du Sinistre ..... Date du Sinistre..... Heure (Locale ou TU).....

## APPAREIL

Nom et adresse du Propriétaire.....  
.....  
Type :  Pendulaire     Multiaxes     Autogire     Aérostat     P.U.L.  
Constructeur..... Marque.....  
Immatriculation/ N° d'identification ..... Nombre de places.....  
Nature du vol (Ecole, Entraînement, Voyage, Rallye, Meeting, Baptême...à préciser très exactement) .....  
.....  
Conditions météorologiques (visibilité, vent, activité thermique ...) .....

## PILOTE

Membre de l'Aéro-club de .....  
Nom, Prénom .....  
Adresse.....  
.....  
Date et lieu de naissance ..... Assuré social : **oui - non** (1) .....  
Situation de famille ..... Nombre d'enfants (2) .....(.....) Profession .....  
Nature des Brevets, Licences, Qualifications, (date et numéros) .....  
.....  
Date de renouvellement de la Licence de Vol ..... Valable jusqu'au .....  
Nombre d'heures de Vol : Vol Moteur ..... Planeur ..... ULM..... Autre expérience aéronautique.....

## PASSAGER(S)

**Nom, Prénom** .....  
Adresse .....  
.....  
Date de naissance ..... Assuré social : **oui - non** (1).....  
Situation de famille ..... Nombre d'enfants (2) .....(.....) Profession .....  
Membre de l'Aéro-club de .....  
Le cas échéant, nature des Brevets et Licences avec date de validité.....

## TEMOINS DE L'ACCIDENT

**1 – Nom, Prénom** ..... Profession ou qualité .....  
Adresse .....  
Tel ..... E-mail.....

1 - Si oui, préciser le n° de matricule et l'adresse de la Caisse  
2 - Nombre d'enfants, dont entre parenthèses, de moins de 18 ans

2 – Nom, Prénom ..... Profession ou qualité .....  
Adresse .....  
Tel ..... E-mail.....

### CAUSES ET CIRCONSTANCES

Décrivez précisément les circonstances et causes probables ; *Pour éclaircir votre récit, n'hésitez pas à joindre un plan, un schéma explicatif sur page libre, des photographies...*

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

### CONSEQUENCES

Si aucune conséquence, mention « néant » obligatoire

#### I – Pour le pilote

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

#### II – Pour le(s) passager(s)

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

<b>Blessures :</b>	<b>Pour le pilote</b>	<b>Pour ..... (Nom)</b>
Membres inférieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membres supérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### III – Pour les tiers au sol ou en vol (autre avion, piéton, voiture, cultures ....)

1 – Nom, Prénom ..... Profession ou qualité .....  
Adresse .....  
Tel ..... E-mail .....  
Dommages (nature, description...) .....

2 – Nom, Prénom ..... Profession ou qualité .....  
Adresse .....  
Tel ..... E-mail .....  
Dommages (nature, description...) .....

#### IV – Pour l'appareil de l'assuré (3) ou du tiers (4)

.....  
.....  
Lieu où l'appareil est visible .....  
Lieu où l'appareil sera réparé .....

#### V – Autres dommages

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

3 - Si l'appareil est assuré par une garantie « Corps des aéronefs » uniquement  
4 - Dans le cadre de la mise en jeu de la garantie Responsabilité Civile de l'assuré

## DIVERS

**I – Autorité ayant effectué une enquête :** .....  
Gendarmerie de ..... Police de l’Air de .....  
Parquet de ..... N° de PV .....  
Nom, Prénom ..... Qualité .....  
E-mail ..... N° de tél. ....

**II –BEA avisé le** .....

### III – Observations diverses

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

## PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Les données à caractère personnel recueillies dans ce formulaire sont collectées par SAAM VERSPIEREN GROUP et traitées par l’Assureur et/ou par SAAM VERSPIEREN GROUP par délégation, dans le but de permettre la gestion de ce sinistre.

Les informations enregistrées sont strictement réservées à l’usage des services Indemnisations et ne pourront être communiquées qu’aux destinataires suivants lorsque cela est nécessaire pour mettre en œuvre cette gestion : les experts, les conseils juridiques ou techniques mandatés par notre société ou l’Assureur. Ces derniers n’auront communication que des informations strictement nécessaires à la réalisation de leur mission.

Si vous souhaitez exercer votre droit d’accès et de rectification aux informations qui vous concernent, nous vous prions d’adresser votre demande à l’adresse suivante : SAAM VERSPIEREN GROUP – 60 Rue de la chaussée d’Antin - 75009 Paris.

## CONSETEMENT A L’UTILISATION DES DONNEES PERSONNELLES DANS LE CADRE DE VOTRE SINISTRE

### ▪ Vos informations personnelles

Nous avons besoin de recueillir votre consentement pour utiliser les données personnelles, y compris les éventuelles données à caractère personnel sensibles telles que l’état de santé physique ou mentale, vous concernant en rapport avec la présente déclaration de sinistre.

Vous n’êtes pas tenu de donner votre consentement et vous pouvez retirer votre consentement à tout moment. Cependant, si vous ne donnez pas votre consentement ou si vous retirez votre consentement, cela pourrait empêcher l’Assureur et/ou notre société, par délégation, de traiter votre sinistre ou affecter la capacité de l’Assureur et/ou de notre société à traiter ce sinistre.

⇒ **Consentez-vous à l’utilisation de vos données personnelles, y compris sur votre santé, en rapport avec le présent sinistre ?**

Oui  Non

### ▪ Les informations concernant des tiers

Si vous nous fournissez des détails sur d’autres personnes, nous avons aussi besoin de leur consentement à l’utilisation des informations sensibles le cadre de la présente déclaration de sinistre. Nous avons besoin que vous vous assuriez que vous avez obtenu leur consentement avant de nous fournir ces renseignements.

⇒ **Avez-vous obtenu le consentement de chaque personne dont vous nous fournissez les informations personnelles dans le cadre du présent sinistre? Oui  Non**

*Un formulaire de recueil de consentement pourra être adressé aux tiers concernés par nos services Indemnisations ou ceux de l’assureur, par envoi séparé.*

## SIGNATAIRE

Nom, Prénom \_\_\_\_\_

Qualité (relation avec l’Assuré si le Signataire n’est pas l’Assuré) \_\_\_\_\_

Coordonnées si le Signataire n’est pas l’Assuré : E-mail \_\_\_\_\_ N° de tél. \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

### SAAM VERSPIEREN GROUP

60 rue de la chaussée d’Antin - 75009 PARIS - France

Société par actions simplifiée de courtage d’assurance au capital de 139 261,77 euros

SIREN 572 031 870 – RCS Bobigny – N°ORIAS : 07 003 050 – www.orias.fr

N° de TVA intracommunautaire : FR 43572031870 – APE 6622Z – SIRET 572 031 870 00080

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution: 61 rue Taitbout - 75436 PARIS