

# DECLARATION D'ACCIDENT PARAPENTE

Référence n° .....

**Formulaire à retourner dans un délai de 5 jours à :**

**FFVL - 4 Rue de Suisse 06000 NICE** – Tel : 04 97 03 82 77 – Fax : 04 97 03 82 83 – Email : [sinistres@ffvl.fr](mailto:sinistres@ffvl.fr)

Le sinistre doit être déclaré DANS LES 5 JOURS de sa survenance, conformément à la Loi du 13/07/1930

**Date accident :** ..... **Heure accident :** .....

**Nom du pilote :** M., Mme, Mlle ..... **Licence n°** .....

## **TRES IMPORTANT !**

**- Copie du formulaire de licence obligatoire !**

- Ces informations sont à usage interne à la FFVL, et à la Compagnie d'assurance. Elles demeurent confidentielles.

- La FFVL peut être amenée à conduire une enquête à la suite de cette déclaration. Il est donc primordial qu'elle soit correctement rédigée.

### **1. Informations relatives au pilote**

Age  Sexe  Poids  Taille

Adresse : .....

Téléphone(s) : ..... Profession:.....

Le pilote pratique l'activité depuis :

- 1 an  - 2 ans  - 5 ans  + 5 ans

Fréquence :

Quotidienne  Week-end  Mensuelle  Saisonnière

Date du précédent vol : ..... N° de brevet et date d'obtention : .....

Nombre d'heures de vol cumulées à ce jour : ..... heures Nombre de vols .....

Autres sports pratiqués régulièrement : .....

Accident(s) antécédent(s) en vol libre (dates et lésions) : .....

### **2. Profil du pilote à ce jour**

Année de 1<sup>ère</sup> prise de licence : .....

volant  volant jeune  volant bi associatif  volant bi pro   
volant moniteur  volant élève Moniteur  élève année  élève huit jours

### **3. Contexte**

Individuel  Compétition  Cross  Treuil  Remorqué

Biplace

Le vol biplace était il effectué à titre gratuit :  OUI  NON

Le vol était il effectué à titre onéreux :  OUI  NON

Ecole

Nom et n° de l'école.....

Nom et N° licence enseignant .....

### **4. Informations relatives à l'accident**

Commune et département du **lieu de l'accident:** ..... Code Postal:.....

Nature du terrain :

Herbeux  Boisé  Plat  Pente forte   
Rocheux  Enneigé  Pente légère  Présence obstacles

Nom du site de décollage : .....

Commune : ..... Orientation décollage : .....

Accès au décollage Marche  Distance km  
Voiture  Durée mn  
Remontée mécanique  Dénivelé m  
Site de vol : Connu du pilote  Déjà pratiqué en vol   
Inconnu  Seulement visité

## 5. Caractéristiques de l'impact :

### Position :

Debout dans le harnais  Couché dos  Penché en avant   
Assis dans le harnais  A plat ventre

### Impact

De face  De dos  A plat ventre  Sur les fesses   
De côté  En arrière  Sur les jambes  Sur les bras

## 6. Matériel utilisé

Avez vous abîmé votre matériel au cours de cet accident :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si Oui, avez vous souscrit à l'assurance « pack matériel » :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Parapente Biplace  Solo  Motorisé

Marque : ..... Modèle ..... Taille .....

Date d'acquisition : ..... Année de 1<sup>ère</sup> utilisation du matériel (par la victime ou autre personne):.....

Si homologué : n°: .....

CEN standard  perf  compét  biplace

DHV 1  1.2  2  2.3  3

### Parachute de secours

Oui  non

Marque : ..... Modèle ..... Taille .....

Date d'acquisition : ..... Année de 1<sup>ère</sup> utilisation du matériel (par la victime ou autre personne):.....

Positionnement : Ventral  Latéral  Bas arrière  Haut arrière  sous cutal

L'avez-vous utilisé : oui  non  A-t-il fonctionné ? oui  non

Cause d'inefficacité.....

### Sellette parapente

Marque : ..... Modèle : ..... Réglage ventrale : .....cm

Date d'acquisition : ..... Année de 1<sup>ère</sup> utilisation du matériel (par la victime ou autre personne):.....

Protection non  mousse bag  air bag  Autre  définir .....

Chaussures montantes : oui  non  Casque : oui  non  Intégral

## 7. Tiers lésé (passager ou tiers non transportés) ou en cause dans l'accident :

Dommmages occasionnés au passager transporté ? Oui  Non

Nom(s), prénom(s), adresse, Tel (préciser la nature des dommages occasionnés et le montant estimatif des dommages)

Dommmages occasionnés à des tiers non transportés ? Oui  Non

Nom(s), prénom(s), adresse, Tel (préciser la nature des dommages occasionnés et le montant estimatif des dommages)

Un tiers est-il à l'origine de l'accident ? Oui  Non

Nom(s), prénom(s), adresse, Tel .....

## 8. Identification du problème (cause de l'accident)

Défaut d'accrochage <input type="checkbox"/>	Rupture de voile <input type="checkbox"/>	Inattention <input type="checkbox"/>
Mauvais prévol <input type="checkbox"/>	Erreur d'analyse <input type="checkbox"/>	Voltige <input type="checkbox"/>
Gonflage incomplet <input type="checkbox"/>	Erreur de pilotage <input type="checkbox"/>	Collision entre aéronefs <input type="checkbox"/>
Course <input type="checkbox"/>	Surpilotage <input type="checkbox"/>	Manœuvre d'évitement <input type="checkbox"/>
Défaut de largage <input type="checkbox"/>	Mauvaise météorologie <input type="checkbox"/>	Autre collision <input type="checkbox"/>
Rupture de suspentes <input type="checkbox"/>	Panique <input type="checkbox"/>	Cascade d'incidents <input type="checkbox"/>

## 9. Analyse succincte de l'accident

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



