

DÉCLARATION D'ACCIDENT DELTA

Référence FFVL 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

Le sinistre doit être déclaré DANS LES 5 JOURS de sa survenance

PARTIE 1

Informations confidentielles à usage interne de la FFVL, du courtier et de l'assureur.

Nom, Prénom du pilote (en lettres capitales): M., Mme, Mlle

Date de naissance : .. / .. / ..

Profession :

Adresse (en lettres capitales) :

Pays (en lettres capitales) :

Licence N° :

Responsabilité civile souscrite par la FFVL : Oui Non (Si non, veuillez à déclarer l'accident à votre compagnie d'assurance)

Souscription de l'Assistance Rapatriement : Oui Non

Si oui : avez-vous eu recours au rapatriement ? Oui Non Si oui : N° de dossier :

Déclarant : Nom, Prénom (en lettres capitales): M., Mme, Mlle

Téléphone :

Date et heure de l'accident : le .. / .. / .. à .. h .. mn

Description détaillée des circonstances de l'accident :

Dommages corporels* pour : Aucune victime , l'assuré , le passager ,
une tierce personne , plusieurs tierces personnes *Si plusieurs accidentés, merci de remplir une déclaration par victime

Complément Individuelle Accident souscrit auprès du courtier : Oui Non Je ne sais pas

Dommages matériels :

Avez-vous abîmé votre matériel au cours de cet accident ? Oui Non

Si oui, aviez-vous souscrit à l'assurance «pack matériel» ? Oui Non

Avez-vous causé des dommages matériels à un ou plusieurs tiers ? Oui Non

Nom(s), prénom(s), adresse, Tel, Email, Nature des dommages matériels :

.....

.....

Lieu de l'accident : Nom du site :

Commune..... Code postal :

Coordonnées GPS : (si possible)..... ou localisation

Gravité des blessures :

0= pas blessé 1= légèrement blessé 2= blessé lourd (+ de 48 h d'hospitalisation, et/ou séquelles invalidantes) 3= décès (jusqu'au 30ème jour après l'accident)

Diagnostic(s) établi(s) par le(s) médecin(s) :

Adressez dès que possible le **certificat médical initial attestant de l'accident** sous pli confidentiel au siège de la F.F.V.L. à l'attention du service Accidents. Le certificat de consolidation devra être adressé par la suite.

Personne à contacter en cas de blessure grave ou de décès : nom, prénom, adresses et téléphone :

En cas de décès : Sur place Pendant le transport Au centre hospitalier

Délai entre l'accident et le décès : jours.....heuresminutes.....

Tiers blessé (passager ou tiers non transporté) ou en cause dans l'accident :

Dommages occasionnés au passager transporté ? Oui Non

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone(s) :

Dommages occasionnés à des tiers non transportés ? Oui Non

Nom(s), prénom(s), adresse, Tel (précisez la nature des dommages)

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

Nom(s), prénom(s), adresse, Tel

DOMMAGES CORPORELS POUR : LE PILOTE LE PASSAGER

Son poids :kg **Sa Taille :**cm

Caractéristiques de l'impact :

Position : Debout dans le harnais Couché dos Penché en avant
Assis dans le harnais À plat ventre Indéterminé

Impact

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

Localisation des blessures :

Tête Bas de colonne Haut de colonne Membres supérieurs Membres inférieurs Tronc Interne

Indications complémentaires :

ORGANISATION DES SECOURS

Modalités de déclenchement :

Qui ?		Où ?	Comment ?
Accidenté <input type="checkbox"/>	Moniteur <input type="checkbox"/>	Au sol <input type="checkbox"/>	À pied <input type="checkbox"/> À ski <input type="checkbox"/> Par Radio <input type="checkbox"/> En Véhicule <input type="checkbox"/>
Témoin <input type="checkbox"/>	Autre pilote <input type="checkbox"/>	En vol <input type="checkbox"/>	Téléphone fixe <input type="checkbox"/> Téléphone portable <input type="checkbox"/> n° appelé :

Délai entre l'accident et le déclenchement :H(s)minutes

Délai entre l'accident et la prise en charge par les secours :H(s)minutes.....

Modalités de transport :

Pompiers Ambulance Samu À pied À ski Véhicule personnel Hélicoptère
Autre Lequel ?

Lieu des soins : Hôpital Clinique Cabinet médical Sur place

Coordonnées de l'Hôpital, clinique, cabinet médical :

Services (à l'hôpital ou clinique) :

Délai entre l'accident et l'arrivée sur le lieu des soins (hôpital, clinique, cabinet médical) :H(s)minutes

Témoins : Noms, prénoms, adresses et téléphones :

Je soussigné qualité (victime, témoin, enseignant, époux, épouse etc.),
déclare ces informations exactes et sincères.

À le Signature ou cachet :

PARTIE 2

Informations traitées anonymement de façon interne par la FFVL pour améliorer la sécurité.

Informations relatives au pilote

Le pilote pratique l'activité depuis

0 à 1 an 1 à 2 ans 2 à 5 ans + 5 ans

Fréquence de pratique de l'activité : Quotidienne Week-end Mensuelle Saisonnière

Type de brevet : Pas de brevet Brevet initial Brevet de pilote Brevet de pilote confirmé

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

Niveau de progression : Je ne sais pas Cycle 1 (autonome condition calme sur site connu)
Cycle 2 (autonome sur tout site) Cycle 3 (pilote confirmé)

Accident précédent dans l'activité :

Autres sports pratiqués régulièrement :

Contexte

Vol En école Si oui Nom et n° de l'école :

Nom et N° licence enseignant :

Type de stage : Cross Initiation Pilotage Progression

NB : Les accidents graves (décès, séquelles invalidantes) survenus lors d'actions encadrées (enseignement, biplace) doivent faire l'objet d'une déclaration auprès de la Direction Départementale de la Jeunesse et des sports.

En Autonome : Oui Non Je ne sais pas

En club : Oui Non Je ne sais pas

Type de vol Solo Biplace Si oui à titre professionnel À titre bénévole
Pente école Sur site Compétition Cross Treuil Remorqué

Phase de vol :

Avant dépliage ou Manipulation au sol Décollage Retour à la pente (en sortie de décollage)
après pliage

Vol Thermique Soaring Transition Acrobatie

Approche Posé

Particularité : (si le cas) Trafic de vol important Vol sous le vent Vol dans les nuages Collision avec un obstacle

Collision en l'air : Avec un delta Avec un parapente Avec un autre engin Précisez :

Posé particulier : (si le cas) Au décollage Hors terrain Dans les arbres Dans l'eau

Présence d'un parachute de secours: Oui Non

Si oui : **Parachute tiré** : Non Oui volontairement Oui involontairement A quelle hauteur en m :

Zone de tirage : Plaine Crête Pente Vallée Plan d'eau

Lieu de réception : tapis de végétation Herbe Roche Structure Câbles Eau
(arbres, buissons.)

Informations relatives à l'accident

Nature de la zone d'accident :

Herbeux Boisé Plat Pente forte Pente légère Eau Rocheux
Enneigé Présence d'obstacles Câbles Lignes électriques/téléphoniques Structure

Orientation du décollage :

Site de vol : Connu du pilote Déjà pratiqué en vol Inconnu Seulement visité

Dénivelé du site m

Accès au décollage Marche si oui durée en mn : Voiture Remontées mécaniques

Durée du vol :mn Distance parcourue :km

Site déclaré à la FFVL : Oui Non Je ne sais pas

Informations relatives à l'accident concernant le matériel utilisé

Delta

Solo Biplace Motorisé

Marque : Modèle Taille m²

Année de mise en service (par la victime ou autre personne): Révisée : oui non si oui date :

L'aile est-elle équipée de roulettes Oui Non

L'aile a-t-elle subi des modifications par rapport à son état d'homologation oui non

Parachute de secours

Oui Non Si oui :

Marque : Modèle Taille m²

Présence d'une boucle à ouverture rapide : Oui Non Je ne sais pas

Année de mise en service (par la victime ou autre personne): Année de dernier pliage:

Positionnement : Ventral Latéral Bas arrière Haut arrière sous cutal

Type d'extraction : Manuelle Air comprimé Ressort Pyrotechnique

Harnais

Marque : Modèle :

Année de mise en service (par la victime ou autre personne):

Chaussures montantes : Oui Non Je ne sais pas

Casque : Oui Non Intégral : Oui Non Homologué Vol libre : Oui Non

Identification du problème (cause de l'accident)

Selon vous, la cause de l'accident est : (plusieurs réponses possibles)

Une inadéquation : Pilote/environnement Pilote/machine Machine/environnement

Une erreur : Défaut de préparation du matériel Défaut de contrôle du matériel Erreur de positionnement
Faute de pilotage Erreur d'attention Prise de risque excessive

Liée à l'environnement : Site inadapté Météo inadaptée Thermiques forts Vent fort

Une défaillance technique :

Fonctionnelle : De l'aile Du parachute Du harnais

Structurelle : De l'aile Du parachute Du harnais

Autre : **Ne sais pas**

Conditions météorologiques et/ou aérologiques (plusieurs réponses possibles)

Conditions calmes (vent < 15 km/h) Vent fort Thermiques forts Foehn

Vent variable en intensité et/ou en direction Aérologie turbulente Conditions orageuses Rouleaux

Pluie Autres conditions précisez :

(Si à l'origine de l'accident) Incident de vol (plusieurs réponses possibles)

Initialement :

Décrochage dynamique Décrochage statique Parachutage Vrille 360 Spirale bloquée

Casse matériel Tumbling Piqué Autres Précisez :

Ayant induit :

Décrochage dynamique Décrochage statique Parachutage Vrille 360 Spirale bloquée

Casse matériel Tumbling Piqué Autres Précisez :