

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

ADHERENT AU SYNDICAT

SNPP SPPS Employé(e) FEPP Solo Non Prof.

Nom, Prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

E-mail :

Date et lieu de naissance :

Poids :

Taille :

Assuré social : non oui :

N° d'assuré social :

Lieu du Sinistre :

Date du Sinistre :

Heure (Locale ou TU) :

Nature du saut :

Tandem Solo Plieur Instructeur et/ou moniteur sous voile Instructeur et/ou moniteur au sol

Nom de la structure au sein de laquelle l'activité est pratiquée :

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Conditions météorologiques (visibilité, vent, activité thermique ...) :

Une vidéo est-elle disponible : OUI NON

Si oui, merci de l'adresser au SAAM.

PASSAGER et/ou PRATIQUANT

Nom, Prénom :

Adresse :

N° téléphone :

Email :

Date de naissance :

Assuré social : NON OUI N° d'assuré social :

Poids :

Taille :

Situation de famille :

Profession :

A-t-il souscrit une assurance Solo Non Professionnel auprès d'AMTI-SAAM Verspieren.

Oui Non

Si oui, merci de préciser la date :

TEMOIN(S) DE L'ACCIDENT

1 – Nom, Prénom :

Profession ou qualité :

Adresse :

E-mail :

Tél. :

2 – Nom, Prénom :

Profession ou qualité :

Adresse :

E-mail :

Tél. :

CAUSES ET CIRCONSTANCES

➤ Décrivez très précisément les causes connues ou présumées de l'accident et les circonstances

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

CONSEQUENCES

➤ Si aucune conséquence, mention « néant » obligatoire

I – Pour l'adhérent :

II – Pour le passager :

Blessures :

Pour l'adhérent

Pour Le passager

Nom :

Membres inférieurs

Corps

Membres supérieurs

Tête

III – Pour les tiers au sol ou en vol

1 – Nom, Prénom :

Profession ou qualité :

Adresse :

E-mail :

Dommages (nature, description...) :

IV – Autres dommages

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

DIVERS

Autorité ayant effectué une enquête :

Nom :

Coordonnées :

Observations diverses :

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

Merci de joindre à votre déclaration :

- Copie de votre attestation d'assurance
- Copie de votre licence et/ou brevet
- Copie de votre adhésion au syndicat
- Fiche de renseignement du passager tandem et feuille de consignes signée
- Certificat Médical de non contre-indication à la pratique du parachutisme « si existant »
- Éléments du livret de parachute utilisé
- TAF / METAR/ WINTEM

Fait à Le

Nom et prénom du signataire :

Qualité du signataire :

Signature précédée de la mention « Je certifie que les informations décrites ci-dessus sont exactes et complètes »

SAAM VERSPIEREN GROUP

8 avenue du Stade de France - 93 218 LA PLAINE SAINT DENIS cedex - 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 cedex 09