

Nom et prénom de l'assuré : _____

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date de naissance

Numéro de contrat/proposition

1. Êtes-vous : Pilote Élève pilote

• Nombre d'heures de vol effectuées aux commandes : _____

• Date du dernier vol : _____

• Genre de brevet ou permis que vous détenez actuellement : _____

2. Avez-vous la qualification de vol aux instruments ? Oui Non

3. a) Combien d'heures de vol avez-vous effectuées ou prévoyez-vous effectuer :

Au cours des 12 derniers mois : _____ Au cours des 12 prochains mois : _____

b) Raison des vols actuels et futurs :

 Divertissement Militaire Affaire personnelle Commerciale Autres, précisez : _____

4. Quelle est la catégorie, la classe et le genre d'appareil dans lequel vous volez ?

5. Au-dessus de quel genre de terrain ou de région volez-vous ? _____

6. Avez-vous déjà effectué ou avez-vous l'intention d'effectuer l'un des genres de vols suivants ? Oui Non

Si oui, cochez les cases appropriées :

- | | | | |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acrobatie/cascade | <input type="checkbox"/> Contrôle de la circulation | <input type="checkbox"/> Planeur | <input type="checkbox"/> Vol commercial |
| <input type="checkbox"/> Avion de fabrication domestique | <input type="checkbox"/> Courses aériennes | <input type="checkbox"/> Publicité | <input type="checkbox"/> Vol d'essai |
| <input type="checkbox"/> Avion taxi | <input type="checkbox"/> Instructeur | <input type="checkbox"/> Service d'ambulance aérien | <input type="checkbox"/> Vol nolisé |
| <input type="checkbox"/> Cartographie | <input type="checkbox"/> Patrouille | <input type="checkbox"/> Service en forêt | <input type="checkbox"/> Inspection des lignes électriques et canalisations |
| <input type="checkbox"/> Chasse et pêche | <input type="checkbox"/> Pilote de brousse | <input type="checkbox"/> Traitement des récoltes | |

Pour chaque case cochée, fournir dates et détails : _____

7. Avez-vous des limites opérationnelles sur votre certificat médical FAA/DOT ? Oui Non

Si oui, lesquelles ? _____

8. Avez-vous déjà eu un accident d'avion, été retenu au sol, reçu une amende ou votre licence a-t-elle déjà été suspendue ? Oui Non

Si oui, donnez les détails et les dates : _____

9. Prévoyez-vous des changements à vos activités d'aviation ? Oui Non

Si oui, donnez les détails et les dates : _____

10. Informations additionnelles : _____

11. Déclaration

Je certifie, par la présente, que les déclarations et réponses susmentionnées sont complètes et véridiques et je comprends et reconnais qu'elles font partie intégrante de ma proposition d'assurance.

X

Signature de l'assuré (signature du père, de la mère ou du tuteur légal si l'assuré est mineur)

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date de signature

Protection des renseignements personnelsBeneva vous rappelle qu'elle accorde une grande importance à la protection de vos renseignements personnels. Pour en connaître davantage sur nos pratiques, nous vous invitons à consulter notre *Énoncé de confidentialité* au beneva.ca.