

CUESTIONARIO DE AVIACIÓN

Nombre del asegurado propuesto: _____ Fecha de nacimiento: día: ___ mes: ___ año: _____

Indique cuál es su experiencia de vuelos y llene la(s) sección(es) correspondiente(s):

Particular: _____ Militar: _____ Comercial: _____

1. Vuelos particulares (sin remuneración)	SI	NO	Clase de vuelos	12-24 Meses Pasados	Últimos Meses Pasados	Próximos Meses Pasados	Fecha del último vuelo		
							Mes	Día	Año
a) Clase de licencia que posee actualmente. _____			Placer						
b) ¿Está el licencia en vigor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Negocios Personales						
c) Fecha en que recibió la licencia por primera vez. Mes _____ año _____			Estudiante						
d) Número de horas de vuelo como piloto, por sí solo, a cargo de la nave aérea _____ hrs.									
e) Indique el número de horas voladas como piloto y copiloto (si ninguna, escriba nulo) _____									

2. Vuelos comerciales (con remuneración)	SI	NO	Clase de vuelos	12-24 Meses Pasados	Últimos Meses Pasados	Próximos Meses Pasados	Fecha del último vuelo		
							Mes	Día	Año
a) Clase de licencia que posee actualmente: _____			Línea aérea de pasajeros con rutas regulares						
(1) ¿Está el licencia en vigor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Línea aérea de pasajeros y de carga sin rutas regulares						
(2) ¿Tiene alguna restricción? (Detalles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vuelos de instrucción						
(3) Fecha de la última renovación. Mes: _____ año: _____			Vuelos de pruebas						
(4) ¿En qué año recibió la licencia por primera vez? _____			Otros (especifique):						
b) ¿Qué experiencia tiene como:									
(1) Primer piloto _____ hrs.									
(2) Segundo piloto (copiloto) _____ hrs.									
Indique el número de horas voladas como piloto y copiloto (si ninguna, escriba nulo) _____									

Las preguntas siguientes corresponden a toda clase de experiencia de vuelos.	SI	NO
2. Usted: (en caso afirmativo, explique en el espacio indicado)		
(a) ¿Ha estado envuelto en algún incidente o accidente aéreo o en alguna infracción de reglamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) ¿Ha participado o tiene intención de participar en alguna clase de vuelos que no se haya indicado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Usted:		
(a) ¿Tiene una clasificación especial de instrumentos de vuelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) ¿Usa siempre aeropuertos públicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) ¿Ha despegado o aterrizado alguna vez sobre el agua? (en caso afirmativo, indique frecuencia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) ¿Hace vuelos fuera del Canadá o de los Estados Unidos de América?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indique los países _____		
4. Clase de nave aérea: de un solo motor <input type="checkbox"/> varios motores <input type="checkbox"/> helicóptero <input type="checkbox"/> planeador <input type="checkbox"/> otro _____		
5. ¿Cuándo fue su último examen de vuelo semestral? _____		

Nota: El beneficio por muerte accidental (si se incluye en la póliza) contiene una limitación expresa con respecto a esta restricción que no puede suprimirse bajo ninguna circunstancia.

Todas las declaraciones y respuestas anotadas, a mi leal saber y entender, son precisas, fieles y exactas. Este formulario formará parte de la solicitud de seguro sobre mi vida.

Fecha: día: ____ mes: ____ año: ____

Firma del asesor

Firma del asegurado

El contratante y/o asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

La Superintendencia de Compañías Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro SCVS-1-1-SF-55-872004420-11032021 el 11-03-2021