



## 1./ DATOS DEL ASEGURADO

Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Fecha de Nacimiento DD / MM / AA	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)		Número de ID	Tipo de ID	País de Nacimiento

## 2./ PILOTO O TRIPULACION DE AVIONES PRIVADOS Y COMERCIALES

## LICENCIAS DE PILOTO OBTENIDAS

<input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> INSTRUCTOR <input type="checkbox"/> MILITAR <input type="checkbox"/> ATP (TRANSPORTE) <input type="checkbox"/> IFR (INSTRUMENTOS)	Fecha Emitida	Fecha Renovación	Categoría	Número de Licencia	Suspendida: Fecha y Motivo
--	---------------	------------------	-----------	--------------------	----------------------------

## CERTIFICADO MEDICO

Clase <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> I	Fecha Última Renovación	¿Le ha sido negado el certificado por el Médico Examinador de Aeronáutica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique:
¿Fue emitido el certificado con alguna restricción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique:	¿Ha sido examinado para establecer su capacidad física para volar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de examen: Nombre de Médico Examinador: Detalles y restricciones médicas:	

## INFORMACION DE LA AERONAVE Y ZONAS DE ATERRIZAJE

Tipo de Aeronave / Marca / Modelo / Propietario	Lugar de Mantenimiento	Zonas sobre las que vuela habitualmente
Tipo de Terreno <input type="checkbox"/> Llanura <input type="checkbox"/> Montaña <input type="checkbox"/> Selva <input type="checkbox"/> Océano	Aeropuerto Base	Tipo de Pista <input type="checkbox"/> Asfalto <input type="checkbox"/> Iluminación Nocturna <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tierra o Cesped <input type="checkbox"/> ILS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## HORAS DE VUELO

Tipo de Vuelo que realiza como servicio	13 a 60 Meses Pasados		Últimos 12 meses		Próximos 12 Meses	
	Piloto	Tripulante	Piloto	Tripulante	Piloto	Tripulante
Vuelo de Placer (ej.: contratado en aviones para paseos, fines de semana, tours, etc.)						
Vuelo de Negocios (ej.: contratado para trabajar en el avión de la compañía, vuelos corporativos)						
Vuelo de Entrenamiento: Instructor o Estudiante						
Vuelo de Fumigación						
Vuelo de Pasajeros (ej.: trabaja en aviones comerciales de pasajeros en general)						
Transporte de Ejecutivos (ej.: trabaja en aviones tipo charters generalmente para transportar ejecutivos)						
Vuelo de Carga Solamente						

## PREGUNTAS ADICIONALES

Vuela usted como: <input type="checkbox"/> Comandante <input type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Navegante <input type="checkbox"/> Ingeniero de Vuelo <input type="checkbox"/> Auxiliar <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Instructor	
1. ¿Cuál es la razón principal por la que usted tiene o quiere tener una licencia de piloto?	5. ¿Es usted miembro de un club de aviación u organización nacional? Explique:
2. ¿Aterrizo o despegó de lugares distintos a aeropuertos comerciales autorizados? Explique:	6. ¿Tiene contemplado algún cambio de sus actividades aéreas presentes? Explique:
3. ¿Ha volado alguna vez o intenta volar en vuelos experimentales, aeronaves prototipos o de construcción amateur o casera? Explique:	7. ¿Ha participado alguna vez o intenta participar en competencias de aviación, acrobacias aéreas, superación de records? Explique:
4. ¿Alguna vez le han prohibido, suspendido, restringido volar o le han revocado su licencia?	8. ¿Alguna vez a sufrido accidentes o ha estado herido por sus actividades aéreas?

## DECLARACION Y FIRMA DEL ASEGURADO

Por la presente declaro que todas las respuestas e informaciones en este cuestionario son completas, precisas y ciertas, a mi leal saber y entender. Este cuestionario forma parte de mi solicitud de seguro de vida / plan de educación / plan de retiro. Cualquier declaración falsa será considerada fraude. También doy mi consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta planilla sea tratada como una versión original para todo efecto.

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_