

CUESTIONARIO DE AVIACIÓN

NOMBRE DEL PROPUESTO ASEGURADO						FECHA DE NACIMIENTO / /	
PILOTOS CIVILES							
LICENCIA							
PRIVADO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		COMERCIAL <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		ATP (TRANSPORTE) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
INSTRUCTOR <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		IFR (INSTRUMENTOS) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		NUMERO DE LIC.			
FECHA DE EMISION / /		FECHA DE ULTIMA RENOVACION / /		¿FUE ALGUNA VEZ SUSPENDIDA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique:			
CERTIFICADO MEDICO							
CLASE <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> I		FECHA DE ULTIMA RENOVACION / /		¿FUE DENEGADO POR EL MEDICO EXAMINADOR DE AERONAUTICA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique:			
¿FUE EMITIDO CON ALGUNA RESTRICCION? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cual?				DETALLES		¿RECIBE ALGUNA REMUNERACION?	
¿PIENSA VOLAR PARA ALGUNA PATRULLA CIVIL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cual?				TOTAL DE HORAS DE VUELO		TIPO DE AERONAVE	
LUGAR DE MANTENIMIENTO							
HORAS DE VUELO							
PASADOS 13 A 60 MESES		ULTIMOS 12 MESES		PROXIMOS 12 MESES			
TIPO DE VUELO	PILOTO/TRIPULANTE	PASAJERO	PILOTO/TRIPULANTE	PASAJERO	PILOTO/TRIPULANTE	PASAJERO	
Vuelo de Placer							
Vuelo de Negocios							
Vuelo como Estudiante							
Vuelo de Fumigación							
ZONAS SOBRE LAS QUE VUELA HABITUALMENTE				TIPO DE TERRENO <input type="checkbox"/> Llanura <input type="checkbox"/> Montaña <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Selva <input type="checkbox"/> Océano			
AEROPUERTO BASE		PISTA DE ASFALTO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		PISTA DE TIERRA O CESPED <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		ILUMINACION NOCTURNA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
ILS		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
PILOTOS COMERCIALES							
LICENCIA							
COMERCIAL <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		ATP (TRANSPORTE) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		INSTRUCTOR <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		IFR (INSTRUMENTOS) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
MILITAR <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		NUMERO DE LICENCIA					
FECHA DE EMISION / /		FECHA DE ULTIMA RENOVACION / /		¿FUE SUSPENDIDO ALGUNA VEZ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique:			
CERTIFICADO MEDICO							
CLASE <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> I		FECHA DE ULTIMA RENOVACION / /		TIENE ALGUNA RESTRICCION <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cual?		¿PIENSA VOLAR ALGUN OTRO AVION?	
HORAS DE VUELO							
TOTAL HORAS DE VUELO		TIPO DE AERONAVE		<input type="checkbox"/> Comandante <input type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Navegante <input type="checkbox"/> Ing. de Vuelo <input type="checkbox"/> Auxiliar			
PASADOS 13 A 60 MESES		ULTIMOS 12 MESES		PROXIMOS 12 MESES			
TIPO DE VUELO	PILOTO	TRIPULANTE	PILOTO	TRIPULANTE	PILOTO	TRIPULANTE	
Pasajeros							
Transp. Ejecutivos							
Carga Solamente							
Vuelo de Fumigación							
Instructor							
INDIQUE SI PREFIERE: <input type="checkbox"/> Recargo / extra-prima para cubrir el riesgo <input type="checkbox"/> Cláusula de Exclusión de la actividad (riesgo no cubierto)							
DECLARO QUE TODAS LAS RESPUESTAS E INFORMACIONES DE ESTE CUESTIONARIO SON COMPLETAS, PRECISAS Y VERDADERAS. A MI MEJOR SABER Y ENTENDER. ESTE CUESTIONARIO FORMARA PARTE DE LAS DECLARACIONES DE VIDA SOBRE MI PERSONA. CUALQUIER FALSA DECLARACION SE CONSIDERARA COMO FRAUDE.							
FIRMA DEL PROPUESTO ASEGURADO				FIRMA DEL TESTIGO		FECHA	
X				X		/ /	