Questionnaire relatif à l'aviation et aux vols en montgolfière et en deltaplane

(À remplir par la personne assurée)

Numéro de police :

Nom de la personne assurée : _____ Date de naissance : _____ (JJ/MM/AAAA)

1 Cochez la case décrivant votre expérience de vol et remplissez la section ci-après :

☐ Privé ☐ Personnel ☐ Commercial ☐ Élève-pilote ☐ Militaire

POUR CHAQUE TYPE D'APPAREIL, INSCRIVEZ LE NOMBRE D'HEURES DE VOL DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS.

TYPE D'APPAREIL	HÉLICOPTÈRE	PLANEUR	U.L.M.	AÉRONEF ASSEMBLÉ	MONT-GOLFIÈRE	DELTAPLANE	MONO-MOTEUR	À RÉACTION	MOTEURS MULTIPLES
a) au cours des 12 derniers mois									
b) au cours des 12 prochains mois									
c) altitude moyenne	S/O						S/O	S/O	S/O
d) distance moyenne	S/O						S/O	S/O	S/O
e) durée moyenne	S/O						S/O	S/O	S/O
f) total des heures de vol									
g) date du dernier vol									

L'un ou l'autre des appareils ci-dessus est-il de fabrication domestique ou a-t-il été assemblé à partir de maquettes? Si ***« Oui »***, donnez des détails dans la section « Remarques ». . . . . ○ Oui ○ Non

2 Genre de certificat/licence : _____ Quand l'avez-vous obtenu? _____ (JJ/MM/AAAA)

3 a) Détenez-vous une licence valide? . . . . . ○ Oui ○ Non

b) Si ***« Non »***, indiquez la date d'expiration de votre licence : _____ (JJ/MM/AAAA)

4 Type de licence : ☐ Terrestre ☐ Marine ☐ Moteurs multiples ☐ Hélicoptère ☐ Planeur ☐ Vols de nuit
☐ Qualification d'instructeur de vol valide ☐ Qualification de vol aux instruments valide ☐ DOT

5 a) En cas de cessation d'activité – Quand cela s'est-il produit? _____ (JJ/MM/AAAA) Pourquoi? _____

b) Prévoyez-vous reprendre cette activité? . . . . . ○ Oui ○ Non

6 Si l'assurance demandée comporte une surprime ou une restriction, que préférez-vous?

○ **AVEC SURPRIME** ○ **AVEC EXCLUSION**

POUR CHAQUE TYPE D'AVIATION EFFECTUÉ OU PRÉVU, VEUILLEZ INDIQUER LE NOMBRE D'HEURES DE VOL.

		COMME PILOTE, ÉLÈVE-PILOTE OU MEMBRE D'ÉQUIPAGE		
GENRE DE VOL	TYPE DE PILOTAGE	AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS	AU COURS DES 12 PROCHAINS MOIS	DATE DU DERNIER VOL
Commercial	Vols réguliers - passagers			
	Vols non réguliers - passagers et fret			
	Vols d'instruction			
	Aéronef appartenant à une entreprise pour vols d'affaires			
	Vols d'essai - aéronefs expérimentaux, prototypes ou non approuvés			
	Poudrage et pulvérisation des cultures			
	Lutte aux incendies			
	Vols à des fins de tourisme, de photographie ou de publicité aérienne			
	Inspection de pipeline ou cartographie			
	Autre (précisez dans la section « Remarques »)			

7 Militaire – y compris Marine royale canadienne (MRC), Groupe transport aérien (GTA), Formation des réservistes et Corps-école d'officiers canadiens (COTC)

Rang : _____ Tâches : _____

Type d'appareil : _____

8 Dans quelle région géographique les vols sont-ils effectués? _____

9 Certains vols (autres que les vols commerciaux réguliers) sont-ils effectués hors de l'Amérique du Nord?
Si ***« Oui »***, donnez des détails dans la section « Remarques ». . . . . ○ Oui ○ Non

10 Avez-vous déjà subi un accident ou encore reçu une interdiction de vol ou une suspension de licence?
Si ***« Oui »***, donnez des détails dans la section « Remarques ». . . . . ○ Oui ○ Non

11 Participez-vous à des expositions ou compétitions? Si ***« Oui »***, donnez des détails dans la section « Remarques ».. ○ Oui ○ Non

12 Avez-vous pris part ou prévoyez-vous prendre part à des activités non énumérées dans le présent questionnaire (p. ex., tentatives de record, équipement expérimental, survol de grandes étendues d'eau, etc., ailleurs qu'en Amérique du Nord)? . . . . . ○ Oui ○ Non
Si ***« Oui »***, donnez des détails dans la section « Remarques ».

13 Remarques :

(POUR CHAQUE RÉPONSE AFFIRMATIVE AUX QUESTIONS, INDIQUEZ LE NUMÉRO DE LA QUESTION, EN INCLUANT LES DATES, LE CAS ÉCHÉANT.)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Je reconnais que mes réponses aux questions qui précèdent seront utilisées par ivari pour déterminer le taux de ma prime. Si lesdites réponses ne sont pas véridiques, complètes et correctement consignées, toute police établie en fonction du présent questionnaire pourrait être déclarée nulle et non avenue pour fausse déclaration ou fraude.

J'affirme que j'ai lu toutes les questions et réponses fournies dans ce questionnaire et que les déclarations et réponses qui précèdent sont, à ma connaissance, véridiques, complètes et correctement consignées. Je comprends et consens à ce que le présent questionnaire fasse partie intégrante de ma proposition d'assurance soumise auprès d'ivari.

Fait à (ville) _____ dans la province de _____ le _____
(JJ/MM/AAAA)

_____ _____
Signature de la personne assurée Signature du témoin

MC ivari et les logos ivari sont des marques de commerce d'ivari Holdings ULC. ivari est autorisée à utiliser ces marques.

ENREGISTRER IMPRIMER EFFACER