

NOM			
PRÉNOM			
DATE DE NAISSANCE			N° DE PROPOSITION OU DE POLICE
J	M	A	

## QUESTIONNAIRE POUR BALLON, DELTAPLANE OU ULTRA-LÉGER

1. **Type d'aéronef :**     Ballon à air chaud  
 Delta plane  
 Avion ultra-léger

2. **Construction :**     Assemblé en usine                       Aile rigide                       Non motorisé  
 Assemblé à la maison                       Parachute  
 Fait à la maison                                       Motorisé

3. **Raison des vols :**     Publicité                                       Instruction  
 Plaisir     Étudiant  
 Transport de passagers                      Autres : \_\_\_\_\_

4. **Si plus d'une raison, donnez les détails pour chacune :**  
Date du premier vol : \_\_\_\_\_                      Date du dernier vol : \_\_\_\_\_  
Nombre total d'heures d'expérience : \_\_\_\_\_  
Heures durant les **12 derniers mois** : \_\_\_\_\_                      nombre de vol : \_\_\_\_\_  
Heures durant les **12 prochains mois** : \_\_\_\_\_                      nombre de vol : \_\_\_\_\_  
Altitude moyenne : \_\_\_\_\_                      la plus élevée : \_\_\_\_\_  
Distance moyenne : \_\_\_\_\_                      la plus longue : \_\_\_\_\_  
Durée moyenne : \_\_\_\_\_                      la plus longue : \_\_\_\_\_

5. **Décrivez tout accident ou mésaventure :** \_\_\_\_\_

6. **Décrivez le terrain survolé :** \_\_\_\_\_

7. **Détenez-vous un permis de pilote?** Oui  Non  **Si oui**, donnez les détails : \_\_\_\_\_

8. **Décrivez les permis ou qualifications que vous avez obtenus afin de participer à cette activité :**  
\_\_\_\_\_

9. **Avez-vous déjà participé ou avez-vous le projet de participer à d'autres activités aéronautiques non mentionnées ci-haut? (par exemple : tentatives de records, équipement expérimental, traversée de grands lacs ou d'océans, activités à l'extérieur de l'Amérique du Nord, etc.)** Oui  Non   
**Si oui**, donnez les détails : \_\_\_\_\_

10. **Êtes-vous membre d'un club?** Oui  Non  **Si oui**, lequel : \_\_\_\_\_

11. **Prenez-vous des médicaments?** Oui  Non   
**Si oui**, donnez les détails : \_\_\_\_\_

**Si votre proposition n'est pas acceptée sur base régulière, désirez-vous :**                       **une surprime**  
 **une exclusion**

Je déclare que l'information ci-dessus est complète et véridique et qu'elle fera partie de ma proposition d'assurance auprès de **L'Union-Vie**.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER                      SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE

X \_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU TÉMOIN                      DATE