

**Important :** Remplir en caractères d'imprimerie et répondre à chacune des sections avec le plus de précision possible.

N° de proposition ou du contrat \_\_\_\_\_

Prénom de l'assuré(e) \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Date de naissance | A | A | A | A | M | M | J | J |

### Section A – Questionnaire

- Quel est votre statut en aviation?  Pilote  Étudiant-pilote
- Au cours des trois dernières années en tant que pilote ou étudiant-pilote:
  - Combien d'heures de vol aux commandes avez-vous effectuées? \_\_\_\_\_
  - Quels type(s) d'appareil(s) avez-vous pilotés? \_\_\_\_\_
  - Quelle est la date de votre dernier vol? | A | A | A | A | M | M | J | J |
  - Quel genre de brevet ou de permis détenez-vous actuellement? \_\_\_\_\_
  - À quelle date avez-vous obtenu votre permis? | A | A | A | A | M | M | J | J |
- Détenez-vous un brevet de qualification pour vol aux instruments?  Oui  Non
- Si vous n'êtes pas pilote ou étudiant-pilote, quelles sont vos fonctions à bord? \_\_\_\_\_
- Quel nombre d'heures de vol avez-vous effectué?

Au cours des 12 derniers mois	Entre les 12 et 24 derniers mois	Prévu dans les 12 prochains mois

- Quel genre d'horaire avez-vous pour vos vols?  Horaire fixe ou  Sans horaire, précisez : \_\_\_\_\_
- Quelles sont les raisons des vols actuels et futurs?  
 Affaires personnelles  Loisir  Commercial  Autres \_\_\_\_\_
- Quelles régions survolez-vous? \_\_\_\_\_
- Avez-vous déjà eu un accident, une interdiction de voler ou une amende?  Oui  Non
- Avez-vous des limites opérationnelles sur votre certificat médical?  Oui  Non
- Avez-vous déjà effectué ou avez-vous l'intention d'effectuer le genre de vol suivant?
 

<input type="checkbox"/> Vol commercial	<input type="checkbox"/> Instructeur	<input type="checkbox"/> Avion domestique	<input type="checkbox"/> Avion taxi	<input type="checkbox"/> Arrosage chimique ou de feux en forêt
<input type="checkbox"/> Vol nolisé	<input type="checkbox"/> Publicité, photographie	<input type="checkbox"/> Avion-ambulance	<input type="checkbox"/> Planeur	<input type="checkbox"/> Traitement de récoltes
<input type="checkbox"/> Vol d'essai	<input type="checkbox"/> Chasse et pêche	<input type="checkbox"/> Acrobatie/cascade	<input type="checkbox"/> Patrouille	<input type="checkbox"/> Cartographie
<input type="checkbox"/> Vol de brousse	<input type="checkbox"/> Contrôle de circulation	<input type="checkbox"/> Inspection lignes électriques et canalisations		
- Prévoyez-vous des changements à vos activités d'aviation?  Oui  Non **Si oui**, veuillez donner des détails: \_\_\_\_\_

Si votre proposition n'est pas acceptée sur base régulière, que désirez-vous?  Une surprime  Une exclusion

### Section B – Signatures

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

Signé à \_\_\_\_\_ | A | A | A | A | M | M | J | J |

**X** \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_  
 Signature de la personne à assurer                      Signature du propriétaire (requis si l'assuré est mineur)