

## QUESTIONNAIRE RELATIF À L'AVIATION ET/OU AUX SPORTS AÉRIENS

Prénom et nom	Date de naissance			Numéro de référence : N° de demande, de police, de contrat ou d'adhésion
	A	M	J	
<b>AVIATION</b>				
1- Nombre d'heures de vol :	Heures accumulées	12 derniers mois	12 prochains mois	
Aéronefs privés <input type="checkbox"/>				
Aéronefs privés en solo <input type="checkbox"/>				
Aéronefs commerciaux, vols <input type="checkbox"/> à horaire fixe <input type="checkbox"/> sans horaire				
Aéronefs militaires ou autres, précisez : _____				
2- Quel genre de permis détenez-vous? _____				
3- A-t-il déjà été suspendu? Si <b>Oui</b> , pourquoi? _____			3 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
4- Avez-vous déjà eu un accident d'avion? Si <b>Oui</b> , précisez : _____			4 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
5- Prévoyez-vous faire des vols différents? Si <b>Oui</b> , précisez : _____			5 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
6- Avez-vous l'intention de continuer à voler? _____			6 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
7- Avez-vous obtenu votre certificat de vol aux instruments? _____			7 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
8- Quel est l'objet de vos vols? _____				
9- Quelles régions survolez-vous habituellement? _____				
10- De quel type d'aéronef s'agit-il? _____				
11- Faites-vous de l'arrosage chimique ou de l'arrosage de feux de forêt? _____			11 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>SPORTS AÉRIENS</b>				
Genre de sport : <input type="checkbox"/> deltaplane <input type="checkbox"/> mongolfière <input type="checkbox"/> parachutisme <input type="checkbox"/> ultra-léger				
<input type="checkbox"/> parapente, précisez : _____				
<input type="checkbox"/> autre, précisez : _____				
À quel titre exercez-vous ce sport : <input type="checkbox"/> amateur <input type="checkbox"/> professionnel <input type="checkbox"/> instructeur <input type="checkbox"/> expérimentation <input type="checkbox"/> tentative de record				
1- Assemblage : <input type="checkbox"/> à la maison <input type="checkbox"/> en usine <input type="checkbox"/> artisanal <input type="checkbox"/> autre : _____				
2- À quel endroit pratiquez-vous ce sport? _____				
3- Avez-vous l'intention de pratiquer ce sport à l'extérieur du Canada? Si <b>Oui</b> , précisez : _____				
4- Quels sont vos projets? _____			3 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
5- Depuis quand pratiquez-vous ce sport? _____				
6- Avez-vous déjà eu un accident? Si <b>Oui</b> , précisez : _____			6 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
7- Nombre de vols ou de sauts : _____ 12 derniers mois : _____ 12 prochains mois : _____				
8- Êtes-vous affilié(e) à un club? Si <b>Oui</b> , précisez : _____			8 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
9- Veuillez indiquer quels sont :				
vos permis : _____				
vos compétences particulières : _____				
les cours que vous avez suivis : _____				
Je déclare que les réponses contenues dans ce document sont exactes et complètes et j'accepte qu'elles fassent partie intégrante de ma demande d'assurance.				
_____	_____	_____		
Date	Signature de la personne à assurer <small>(père, mère ou tuteur s'il s'agit d'un mineur)</small>	Signature du témoin		