

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL  
CUESTIONARIO DE AVIACION**

Nombre del Asegurado Propuesto \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Indique cuál es su experiencia de vuelos y llene la(s) sección(es) correspondiente(s)

Civil  Comercial  Militar  Piloto  Copiloto  Navegante  Ingeniero de vuelo  Auxiliar de vuelo

Tipo de licencia que posee

Privado  Comercial  Transporte línea aérea  Instructor de vuelo  Otra \_\_\_\_\_

Fecha de emisión \_\_\_\_\_ Vigencia \_\_\_\_\_ ¿Alguna vez ha sido suspendida su licencia? En caso afirmativo, proporcione detalles \_\_\_\_\_

Tipo de certificado médico \_\_\_\_\_ Fecha de la última renovación \_\_\_\_\_ ¿Fue emitido con alguna restricción? En caso afirmativo proporcione detalles \_\_\_\_\_  
 Clase I  Clase II  Clase III

Zonas o países a los que vuela habitualmente \_\_\_\_\_ Tipo de pista \_\_\_\_\_ Total horas de vuelo \_\_\_\_\_

**HORAS DE VUELO**

Indique las hora de vuelo como piloto y copiloto ( si no ha realizado vuelo en el período indicado escriba **ninguno**)

VUELOS COMERCIALES				VUELOS PARTICULARES			
Clase de vuelo	Período			Propósito del vuelo	Período		
	12-24 meses pasados	Últimos 12 meses	Próximos 12 meses		12-24 meses pasados	Últimos 12 meses	Próximos 12 meses
Aerolíneas pasajeros / rutas regulares				Placer			
Aerolíneas pasajeros y carga sin ruta regular				Negocios			
Vuelos de instrucción				Estudiante			
Vuelos de pruebas				Otros (especifique)			
Otros (especifique)							

Las siguientes preguntas deben contestarse en cualquier caso de experiencia de vuelos SI NO

a) ¿Ha estado involucrado en algún incidente o accidente aéreo o en alguna infracción de reglamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ¿Ha participado o piensa participar en competencias, acrobacias, vuelos demostrativos o experimentales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Utiliza aeropuertos públicos habitualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ¿Tiene una clasificación especial de instrumentos de vuelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ¿Ha pensado realizar algún cambio en sus actividades de vuelo actuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ¿Ha realizado despegues o aterrizajes en agua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Indique la fecha del último examen de vuelo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Describa el tipo de aeronaves que vuela, incluya, marca y modelo _____		

Información Adicional (explicaciones y/o detalles de las respuestas afirmativas)

Declaro que todas las respuestas, a mi leal saber y entender son verdaderas y completas y que no he omitido ninguna información que pueda influenciar la evaluación y aprobación de mi solicitud de seguro

Concuerdo en que este cuestionario forme parte de mi solicitud de seguro de vida y en notificar a la aseguradora de cualquier cambio en mis condiciones de salud desde la fecha de este cuestionario y la emisión de la póliza.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Propuesto

\_\_\_\_\_  
Fecha

NOTA: El presente cuestionario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros, con resolución No SBS-INSP-2006-152 de 12 de abril del 2006.