



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 :	<input type="checkbox"/> Ballon à air chaud		
	<input type="checkbox"/> Delta plane		
	<input type="checkbox"/> Avion ultra-léger		
2. Construction :	<input type="checkbox"/> Assemblé en usine	<input type="checkbox"/> Aile rigide	<input type="checkbox"/> Non motorisé
	<input type="checkbox"/> Assemblé à la maison	<input type="checkbox"/> Parachute	
	<input type="checkbox"/> Fait à la maison	<input type="checkbox"/> Motorisé	
3. Raison des vols :	<input type="checkbox"/> Publicité	<input type="checkbox"/> Instruction	
	<input type="checkbox"/> Plaisir	<input type="checkbox"/> Étudiant	
	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui , donnez les détails : _____			
10. Êtes-vous membre d'un club? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui , lequel : _____			
11. Prenez-vous des médicaments? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 _____
SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER

X _____
SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE

X _____
SIGNATURE DU TÉMOIN

DATE