

**Questionnaire Assurance
« AERONEF »**

MERCI DE REpondre SVP A TOUTES LES QUESTIONS SANS EXCEPTION.

▪ **LE PROPOSANT :**

Vous êtes une personne MORALE :

NOM :

Forme juridique :

Vous êtes une personne PHYSIQUE :

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Pays :

Tel : Email :

Profession : Date de naissance : Situation de famille :

Etes-vous une personne politique exposée (PPE) ? OUI NON

Etes-vous membre de la famille d'un PPE ? OUI NON

Si vous êtes membre d'une Fédération ou Groupement Aéronautique , merci de l'indiquer ci-après :

PROPRIETAIRE de l'aéronef à assurer :

EXPLOITANT de l'aéronef à assurer :

TRUSTEE pour les aéronefs immatriculés en N : OUI NON

Si OUI, indiquer nom et adresse :

FINANCIER (Crédit bail, leasing) : OUI NON

Si OUI, indiquer nom et adresse :

▪ **AERONEF A ASSURER :**

Année construction	Constructeur Et Modèle	Immatriculation	Nombre de places	Valeur REELLE	Valeur à assurer	MMD
..... Pilote(s) + Passager(s) CHFCHFkg

La machine peut-elle être pilotée en double commande ? OUI NON

Y a-t-il des membres d'équipage (mécaniciens, hôtesse, médecin,...) OUI NON

Si OUI, combien :

Votre aéronef est-il équipé d'un enregistreur de vol **API BOX** ? OUI NON

Votre aéronef est-il équipé de flotteurs OUI NON

Atelier en charge de la maintenance :

CATEGORIE DE VOTRE AERONEF :

CDN - de 30 ans CDN + de 30 ans CDN R CNSK CNRA CNRAC

ELA1 ELA2 LSA ULM / ECOLIGHT AUTRE :

.....

Lieu de base habituel de votre aéronef :

Est-il stationné dans un hangar ? OUI NON

Si OUI, êtes-vous le propriétaire du hangar ?.. OUI NON

Avez-vous signé une clause de renonciation avec le propriétaire/exploitant du hangar où est stationné votre AERONEF ?

OUI NON

Si OUI, cette clause est-elle ? UNILATERALE RECIPROQUE

Limites géographiques d'exploitation souhaitées :

▪ **ANTECEDENTS ASSURANCE :**

-Êtes-vous actuellement assuré pour cet AERONEF ? OUI NON

Si OUI, date d'échéance de votre contrat :

Si OUI, quelle est la durée de votre préavis :

-Avez-vous déjà été résilié par une compagnie d'assurance ? OUI NON

Si oui, préciser motif (non- paiement / sinistre, etc...)

▪ **LES PILOTES :**

Choisissez si vous souhaitez opter pour une clause d'assurance avec une limitation nominative à certains pilotes dénommés (clause « PILOTES DENOMMES ») ou pour une clause d'assurance plus ouverte (clause ouverte « OPEN PILOT WARRANTY »).

Clause « Pilotes dénommés » :

NOM et Prénom	Date de naissance	Qualifications	Heures de vol* AERONEF PISTON	Heures de vol* AERONEF à TURBINE	Heures de vol* REACTEUR	Heures de vol Sur même marque et modèle*
			Monomoteur : Bimoteur :	Mono turbine : Bi turbine :	Mono réacteur : Bi réacteur :
			Monomoteur : Bimoteur :	Mono turbine : Bi turbine :	Mono réacteur : Bi réacteur :
			Monomoteur : Bimoteur :	Mono turbine : Bi turbine :	Mono réacteur : Bi réacteur :

*** Les heures de vol demandées sont les heures de vol en tant que commandant de bord**

Clause « OPEN PILOT WARRANTY / OUVERTE tous pilotes » :

Tous pilotes titulaires de h de vol AVION en tant que commandant de bord

Tous pilotes et/ ou élèves pilotes

SI VOUS OPTEZ POUR CETTE CLAUSE, MERCI DE JOINDRE A VOTRE ENVOI LE CV AERONAUTIQUE DU CHEF PILOTE.

▪ **LES USAGES :**

Merci de ventiler approximativement les heures de vol réalisées par an avec l'aéronef assuré par grande catégorie d'usages. Nous ne manquerons pas de vous contacter si certains usages nécessitent de recueillir certaines informations complémentaires.

USAGES		Heures de vol par an	Précisions
Privé / tourisme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Renouvellement de qualification, Perfectionnement, Qualification	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Autre :
Affaires à titre privé	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Voltige	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> A titre amateur <input type="checkbox"/> En compétition <input type="checkbox"/> Autres
Transport public de passagers	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Qui est titulaire du CTA ?.....
Transport de FRET	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Quelle type de marchandises est transportée :.....
Evacuation sanitaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Largage de parachutistes	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Remorquage de planeurs	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Baptêmes de l'air rémunérés	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Participation à des manifestations aériennes	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> A titre gratuit <input type="checkbox"/> A titre rémunéré
Vol montagne (atterrissage et/ou décollage sur altiport, altisurface ou glacier)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> Altiports <input type="checkbox"/> Altisurfaces <input type="checkbox"/> Glaciers <input type="checkbox"/> Sans ski <input type="checkbox"/> Avec ski
Prises de vues aériennes	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> Dispositif fixé à l'aéronef <input type="checkbox"/> Une personne en place passager prend des photos avec un appareil photo à la main
ECOLE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> Avec formation AB INITIO <input type="checkbox"/> Sans formation AB INITIO <input type="checkbox"/> Sans lâché <input type="checkbox"/> Avec lâchés
Travail aérien	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		A préciser (Surveillance incendie/ de ligne/etc, Épandage agricole, Tractage de banderole,...) :.....
Location coque nue	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		A qui ?..... Pour quels usages :.....
Autres usages	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		A détailler :

- **SINISTRES/ INFRACTIONS sur les 5 dernières années** (pour les pilotes, locataires, élèves et instructeurs) :

OUI NON

Si OUI, Merci de préciser sur papier libre joint la date , le coût total du sinistre ainsi que le coût pris en charge par les assureurs, les circonstances de l'accident/ infraction et les mesures rectificatives éventuellement mises en œuvre après cet évènement.



▪ **GARANTIES SOUHAITEES :**

Merci de cocher ci-après vos souhaits en matière de garanties d'assurances :

RESPONSABILITE CIVILE (minimum obligatoire) pour les dommages occasionnés aux Tiers non transportés et aux Passagers : OUI NON

CASSE DE L'AERONEF pour les dommages matériels occasionnés à l'aéronef :
- Assurance « Casse au sol » uniquement (moteur à l'arrêt) OUI NON
- Assurance « Casse au sol et en évolution » OUI NON

INDIVIDUELLE ACCIDENT PILOTE pour les dommages corporels du pilote : OUI NON
Capital Décès/Invalidité souhaité : €

INDIVIDUELLE ACCIDENT POUR LES MEMBRES DE L'EQUIPAGE pour leurs propres dommages corporels:
 OUI . Nombre de places à couvrir : NON
Capital Décès/Invalidité souhaité : €

INDIVIDUELLE ACCIDENT POUR LES PASSAGERS pour les dommages corporels du pilote :
 OUI . Nombre de places à couvrir : NON
Capital Décès/Invalidité souhaité : €

Date d'effet souhaitée pour le début des garanties : / /

Le soussigné atteste au nom du proposant ainsi que des personnes à assurer qu'il a répondu en toute conscience et de façon complète et conforme à la vérité à toutes les questions posées de la page 1 à 4. Le signataire certifie l'exactitude des renseignements fournis dans ce questionnaire, et précise qu'aucune information importante sur ses facteurs de risques n'a été altérée, omise ou supprimée. Il s'engage à informer INSURANCE & CONSULTING SOLUTIONS SA de toute modification substantielle à ces déclarations qui surviendrait avant la date d'effet du contrat et pendant l'exécution du contrat. La signature n'engage pas à la conclusion d'une assurance. Il est toutefois convenu que ce questionnaire fera partie intégrante du contrat en cas de conclusion.

Nom Prénom du signataire :	Signature :
Titre du signataire :	
Date :/...../.....	

Questionnaire à retourner complété et signé à :

Par mail à : contact@i-c.solutions ou Par courrier à : Insurance & Consulting Solution S.A.
Chemin des papillons 4, CH-1216 COINTRIN, SUISSE.