

Cuestionario de aviación para piloto fumigador

Forma parte integrante de la solicitud de seguro

Fecha	Póliza No.	Clave del agente
día mes año		

Datos del solicitante			
Apellido paterno		Apellido materno	
Nombre(s)			
Edad	Fecha de nacimiento	¿Qué tipo de licencia posee?	Fecha de expedición
	día mes año		día mes año
¿Le fue concedida con reserva por algún impedimento físico?		Dar detalles	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene otra(s) licencia(s) en curso?		¿Cuál(es)?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Información de la actividad		
¿Qué clase de aviones / helicópteros ha pilotado o está pilotando actualmente?		
Marca	Modelo	Número de motores
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
¿Cuántas horas de vuelo ha efectuado y efectuará como piloto fumigador?		
Experiencia total	Últimos 12 meses	Próximos 12 meses
Avión	_____	_____
_____	_____	_____
Helicóptero	_____	_____
_____	_____	_____
¿Dónde ejerce su actividad de fumigador?		
<input type="checkbox"/> Llanura <input type="checkbox"/> Montaña <input type="checkbox"/> Regiones boscosas <input type="checkbox"/> Otros:		
¿Cuál es la altura mínima en metros que suele alcanzar durante sus vuelos?		

¿Existen líneas de alta tensión u otros obstáculos (naturales o artificiales) en las zonas en que efectúa sus vuelos?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Utiliza máscaras de protección?	Indique el nombre de la empresa para la cual trabaja	¿Desde cuándo está al servicio de esa empresa?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____
¿Efectúa vuelos distintos de los que estipula su contrato de servicio?	¿Cuáles?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	
Nombre de otra empresa para la que haya trabajado como piloto y cuándo laboró ahí		

¿Ha sufrido alguna vez accidente en avión o en helicóptero?	Fecha	Naturaleza
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	día mes año	_____
_____	_____	Secuelas
_____	_____	_____

Observaciones adicionales

El suscrito declara que las respuestas anteriores son verídicas y acepta que las mismas, formen parte de su solicitud de seguro.

Firma del solicitante