

Questionário de Seguro Aeronáutico

Informe necessariamente o vencimento deste seguro

DADOS DO SEGURADO	
Nome do Segurado Principal	Há quantos anos possui aeronave?
CNPJ/CPF	
Endereço completo	
Nome do Operador/Segurado adicional	
CNPJ/CPF	
Pessoa de contato	
Fone de contato	E-mail

DADOS DA AERONAVE						
Prefixo	Fabricante	Modelo			Nº Série	
Nº do certificado de aeronavegabilidade	Validade IAM	Ano de Fabricação	Aeródromo de registro	PMD	Previsão de horas a serem voadas nos próximos 12 meses	
Percentual já voado do tempo de serviço entre revisão dos motores	Total de horas voadas dos últimos 12 meses		Horas totais de Uso	Data da última revisão		
Nº Assentos Tripulantes	Nº Assentos Passageiros	Detalhe a utilização da aeronave e se há cobrança de frete/passagem			Possui Anti Furto?	
					NÃO	SIM - Especifique abaixo:
Informe abaixo se a aeronave apresenta alguma modificação relevante e/ou equipamento adicional que você deseja que seja segurado						

ASSINALE O PERÍMETRO DE COBERTURA E A REGIÃO DE OPERAÇÃO					
Perímetro de cobertura	Território Brasileiro	América do Sul	Três Américas	Mundial	
Região de operação	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sul	Sudeste

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES			
Pistas mais utilizadas			
Oficina de manutenção			
Opera em pistas não pavimentadas?			
Local de hangaragem	A aeronave fica hangarada no domicílio?		
Aeronave financiada?	Se positivo, especifique o credor:		

EXPERIÊNCIA DOS PILOTOS									
Nome completo dos pilotos Se mais de dois, anexe os currículos	Idade	Tipo de Habilitação	Código ANAC	O piloto é funcionário do segurado?	Horas de Experiência				
					Totais	Asa Fixa	Asa Rotativa	Tipo e modelo	Aviação Agrícola

TREINAMENTO, ACIDENTES, VIOLAÇÕES E HORAS VOADAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES				
1º Nome	Data último treinamento	Local	Esteve envolvido em sinistro ou violação nos últimos 5 anos? Especifique	Horas voadas últimos 12 meses

COBERTURAS E IMPORTÂNCIAS SEGURADAS				
Imp. Segurada Casco	Imp. Segurada LUC a 2º Risco	Contrata RETA?	Casco Guerra?	Contrata AVN 52-E?
Emergência e Primeiros Socorros?	Despesas Busca e Salvamento?	Aeronave substituta?	Despesas Médicas?	Danos Morais?

Estou ciente que o fato de ter preenchido este questionário não implica em aceitação do seguro pela Cia. Excelsior de Seguros. Declaro ainda estar plenamente ciente e de acordo que caso o seguro venha a ser celebrado, este questionário será parte integrante e inseparável da apólice, reafirmando que todas as informações acima prestadas são verdadeiras, inclusive as não escritas de próprio punho, declarando ainda e por fim, que caso venha a ser apurado que qualquer destas informações são ou foram falsas e que influenciaram na aceitação ou alteração deste risco, este fato implicará necessariamente na perda de indenização em caso de sinistro de qualquer espécie.

Caso deseje informar outros dados, faça em anexo a este questionário.

LOCAL/DATA:		ASSINATURA DO PROPONENTE OU DE SEU CORRETOR
		NOME: