

Questionnaire pilotes (pilotes professionnels, pilotes privés ainsi que membres d'équipage)

Complément à la proposition

1. Proposant/preneur d'assurance

Prénom

Nom

Proposition du

N° proposition

2. Formation, cours et licences

Année

Organisation

Type de formation ou de cours

Brevet/licence

Quand avez-vous renouvelé votre licence la dernière fois?

Votre licence a-t-elle déjà été révoquée?

☐ Oui ☐ Non

Quand, combien de temps et pour quelle raison

3. Activités de vol

3.1 Quel poste occupez-vous en vol?

☐ Pilote professionnel ☐ Pilote privé ☐ Elève-pilote ☐ Pilote militaire ☐ Instructeur de pilotage ☐ Membre d'équipage

3.2 Veuillez indiquer le nom et l'adresse de votre employeur:

Nom

Adresse

4. Avions et heures de vol

4.1 Quels types d'avion pilotez-vous?

☐ Avions à voilure fixe, modèles et MTOW

☐ Hélicoptères, modèles

Au cours
des 12 derniers mois

Au cours
des 12 prochains mois

Total jusqu'à aujourd'hui

4.2 Nombre d'heures de vol?



5. Régions et types de vol

5.1 Dans quelles régions/quels pays volez-vous?

5.2 Quels types de vol pratiquez-vous?

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ Vols charter sur des routes régulières | ☐ Vols de lutte contre l'incendie | ☐ Vols pour des prises de vue photographiques | ☐ Vols commerciaux |
| ☐ Vols charter sur d'autres routes | ☐ Vols de lutte contre les parasites | ☐ Transports de fret | ☐ Vols de sauvetage |
| ☐ Voltige (vol acrobatique) | ☐ Vols de ligne | ☐ Avion-taxi | ☐ Vols d'essai |
| ☐ Vols de loisirs | ☐ Vols de maintenance | ☐ Autres vols: | <input type="text"/> |

Nombre total d'heures jusqu'à aujourd'hui

5.3 Avez-vous de l'expérience en matière de vol solitaire?

☐ Oui ☐ Non

5.4 Participez-vous ou avez-vous participé à des compétitions de vol?

☐ Oui ☐ Non

Année	Lieu	Type de manifestation

6. Généralités

Avez-vous souffert d'accidents, de blessures ou de maladies lors de vos vols?

☐ Oui ☐ Non

Date	Lieu	Type d'accident, de blessure ou de maladie

7. Aviation militaire

7.1 Quel poste occupez-vous en vol?

☐ Pilote ☐ Navigateur ☐ Instructeur ☐ Autres:

7.2 Quels types d'avion pilotez-vous?

7.3 Quel est votre grade?



8. Pouvoirs et déclarations

Ce questionnaire fait partie intégrante de la proposition d'assurance. La Pax, Société suisse d'assurance sur la vie SA (ci-après Pax) se réserve le droit de demander, le cas échéant, des documents supplémentaires.

Déclarations obligatoires

Les signataires déclarent avoir répondu à toutes les questions de manière conforme à la vérité. Ils sont responsables de l'exactitude des déclarations, même si celles-ci ont été transcrites par une autre personne. Les modifications de l'état de santé entre la signature et l'acceptation de la proposition doivent être communiquées sans délai à Pax.

En cas de fausse déclaration ou de dissimulation d'un risque important, Pax peut résilier le contrat dans les quatre semaines suivant la prise de connaissance de la réticence. Dans ce cas, l'obligation de prestation pour des dommages déjà survenus peut être levée (article 6 loi sur le contrat d'assurance).

Protection des données

Les signataires donnent expressément à Pax les autorisations suivantes:

- Pax peut traiter l'ensemble des données personnelles – y compris les données médicales – aux fins de l'examen du risque, de la promotion de la vente ainsi que de l'exécution du contrat et du règlement des prestations.

- Si nécessaire ou si elle y est obligée par la loi, Pax peut, aux mêmes fins, transmettre l'ensemble des données personnelles – y compris les données médicales – à des autorités, institutions de prévoyance, coassureurs, assureurs précédents, réassureurs et assureurs sociaux (p. ex. caisses de compensation, établissements d'assurance sociale, offices de l'AI, assurances accident et maladie, etc.) ainsi qu'à des tiers responsables ou à leurs assurances responsabilité civile en Suisse et à l'étranger. L'intermédiaire peut, pendant la durée du contrat, être informé au sujet du contenu du contrat à des fins de conseil.
- Pax peut, aux mêmes fins, solliciter auprès des personnes, assurances et services susmentionnés ainsi qu'auprès du personnel médical et de ses auxiliaires impliqués, les données personnelles – y compris les données médicales – et les traiter. A cette fin, les signataires délient ceux-ci de leur obligation de garder le secret.
- Pour l'exécution de ces tâches, il est possible de faire appel à des partenaires. Les consignes légales de protection des données doivent alors être respectées et les partenaires sont tenus de les observer.

9. Signatures

Lieu/date

Signature proposant/
preneur d'assurance

Lieu/date

Signature personne à
assurer (si non identique
au proposant/preneur
d'assurance)

