



QUESTIONÁRIO DE SEGURO AERONÁUTICO OBRIGATÓRIO - RETA



DAGAMA CORRETORA DE SEGUROS
http://www.dagamacorretora.com.br

Após o preenchimento, escolha a opção "SALVAR COMO" em seu computador, escolha um nome para o formulário e envie como anexo para o e-mail de contato.

			Data	
Dados do Segurado				
Nome		Atividade	CPF/CNPJ	
Endereço				CEP
Bairro	Cidade	UF	(DDD) Telefone / Fax () /	Contato
Segurado Adicional ou Beneficiário			Operador (caso seja diferente do Segurado)	
Dados da aeronave e operação				
Prefixo	Fabricante		Modelo	
Ano	Nº de Série	P.M.D. (peso kg)	Nº Tripulantes	Nº Passageiros
Certificado Aeronavegabilidade		Aeródromo de Registro		
Nome da Oficina de Manutenção			Local onde é realizada a manutenção	
Nome e local de Hangaragem			Uso Médio Mensal (em horas/mês)	
Data de validade da última I.A.M. (Inspeção Anual de Manutenção)			Horas totais de célula	Horas totais de motor
Pista onde a aeronave fica baseada:		<input type="checkbox"/> Homologada <input type="checkbox"/> Registrada <input type="checkbox"/> Asfalto <input type="checkbox"/> Grama <input type="checkbox"/> Terra		
Utilização da Aeronave		<input type="checkbox"/> SAE – Serv. Aéreo Especializado		
<input type="checkbox"/> TPP – Transporte não remunerado de pessoas, sendo:		Indicar Modalidade:		
<input type="checkbox"/> <u>Uso Particular</u> (fins privados e/ou lazer)		<input type="checkbox"/> ADE / ADF – Exclusivo Transporte de Autoridades		
<input type="checkbox"/> <u>Uso Executivo</u> (fins privados e negócios/profissionais)		<input type="checkbox"/> Operação policial / patrulhamento		
<input type="checkbox"/> <u>Aluguel</u> (fins de arrendamento e/ou locação – uso privado / negócios)		<input type="checkbox"/> Pouso em local não homologado ou registrado		
<input type="checkbox"/> TPX – Táxi Aéreo - Transporte Remunerado, sendo:		<input type="checkbox"/> Pouso em Heliportos <input type="checkbox"/> Pouso em Helipontos		
<input type="checkbox"/> Exclusivo de pessoas		<input type="checkbox"/> Outros		
<input type="checkbox"/> Pessoas, incluindo cargas e/ou malotes e/ou valores		Indicar:		
Regiões de operação (principais): <input type="checkbox"/> Sudeste <input type="checkbox"/> Sul <input type="checkbox"/> Centro Oeste <input type="checkbox"/> Nordeste <input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Outros:				
Aeroportos ou áreas em que a aeronave opera com maior frequência:				
Horas voadas nos últimos 12 meses		Previsão de horas a serem voadas nos próximos 12 meses		
Se for operar no exterior, informe em quais países: Indicar a previsão de viagens aos EUA: Estimativa de horas relacionadas a vôos aos EUA:				
Perímetro de cobertura pretendido: <input type="checkbox"/> Território Brasileiro <input type="checkbox"/> América do Sul <input type="checkbox"/> Três Américas <input type="checkbox"/> Mundial				
Sinistralidade desta aeronave e/ou do segurado (em outras aeronaves) nos últimos 5 anos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso de sinistros anteriores, informe data, causa e valor da indenização:				
Possui programa de prevenção de acidentes aprovado pela ANAC? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Informações relevantes sobre a atividade do segurado, se houver:				
Observações:				



QUESTIONÁRIO DE SEGURO AERONÁUTICO OBRIGATÓRIO - RETA



DAGAMA CORRETORA DE SEGUROS
http://www.dagama.com.br

Dados sobre experiência da tripulação

A aeronave é operada por mais de um piloto? Sim Não

A operação é realizada em "duplo comando" todo o tempo? Sim Não

	Nome	Idade	Código ANAC	Função Comando Co-Piloto	Nº de horas de voo em asas fixas			Treinamento Flight Safety ou Equivalente	Sinistralidade da tripulação últimos 3 anos
					Totais	No Tipo Propulsão	No Modelo		
1					Aviões: Helicópteros:	Aviões: Helicópteros:	Aviões: Helicópteros:	Tipo: Local: Data:	<input type="checkbox"/> Sim - Motivo: <input type="checkbox"/> Não
2					Aviões: Helicópteros:	Aviões: Helicópteros:	Aviões: Helicópteros:	Tipo: Local: Data:	<input type="checkbox"/> Sim - Motivo: <input type="checkbox"/> Não
3					Aviões: Helicópteros:	Aviões: Helicópteros:	Aviões: Helicópteros:	Tipo: Local: Data:	<input type="checkbox"/> Sim - Motivo: <input type="checkbox"/> Não
4					Aviões: Helicópteros:	Aviões: Helicópteros:	Aviões: Helicópteros:	Tipo: Local: Data:	<input type="checkbox"/> Sim - Motivo: <input type="checkbox"/> Não

Licença dos pilotos: Privado, Comercial, Linha Aérea, IFR	1.	2.	3.	4.
Violações ANAC:	1. <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Pane Seca <input type="checkbox"/> Outros	2. <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Pane Seca <input type="checkbox"/> Outros	3. <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Pane Seca <input type="checkbox"/> Outros	4. <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Pane Seca <input type="checkbox"/> Outros

Dados do Seguro

Tipo de Seguro Novo Renovação de Congênera Renovação Tokio Marine

Moeda de Contratação US\$ (dólar) R\$ (real)

Importância Segurada **Casco**: _____ Importância Segurada **LUC** – Resp. Civil 2º Risco _____

Franquia: _____

Seguro **RETA** – Resp. do Explorador ou Transportador Aéreo (RC 1º Risco – Cl.1/2/3/4). Contratação Sim Não

Coberturas Adicionais CASCO / LUC

- Despesas Temporárias com Aeronave Substituta:
- Spare Parts (partes e peças sobressalentes):
- Guerra, Seqüestro, Confisco (excluindo confisco pelo país de registro) / Inclusão de confisco? - Sim Não
- Extensão de cobertura ANV52E (LUC) - Sim - Valor: _____ Não
- Primeiros Socorros e Emergência:
- Busca e Salvamento, Colocação de Espuma na Pista, Remoção de Destroços:
- Despesas Médicas:
- Acidentes Pessoais – p/ passageiros e tripulantes somente p/ tripulantes
- Danos Morais:
- Outras, indicar: _____

Seguro atual Casco/LUC vigente até: _____ Seguro atual RETA vigente até: _____

Seguradora atual: _____ Seguradora atual: _____

Possui outros seguros na Tokio Marine? Sim Não

Possui outra(s) aeronave(s)? Sim Não

Declaro estar ciente de que o simples preenchimento dessas informações não implicará na aceitação do seguro por parte da Cia. Seguradora. Assumo total responsabilidade pela veracidade das informações aqui prestadas e que, no caso de contratação do seguro, o presente questionário, devidamente assinado, fará parte integrante da apólice. Declaro ainda que quaisquer informações falsas ou omissões que possam influenciar na alteração do risco implicará na perda da indenização, em caso de eventual sinistro.

Local e Data _____ Nome e Assinatura _____