

Loss of licence insurance for pilots and Cabin Crew **Seguro de pérdida de licencia para pilotos y tripulantes de cabina**

Proposal form **Cuestionario**

Important advice to all applicants

Información importante para todos los solicitantes

All sections of the application form must be fully completed. You should be aware that this insurance is subject to a comprehensive previous medical condition/disability exclusion in relation to all medical/health matters. The full definition of 'previous medical condition/disability' is contained in the terms and conditions which appear in the policy wording, a copy of which can be obtained from Hiscox Global Flying. To ensure that you have the coverage you require and that you understand the scheme limitations, it is recommended that you study the terms and conditions.

Todas las secciones de este cuestionario deben ser cumplimentadas. Debe tener en cuenta que este seguro está sometido a exclusiones de problemas/discapacidades médicas previas y relacionadas con todas las cuestiones médicas/de salud. La definición completa de "problemas/discapacidades médicas previas" se encuentra en los términos y condiciones de las condiciones generales. Puede obtener una copia por parte de Hiscox Global Flying. Para asegurar que tiene la cobertura requerida y confirmar los límites del seguro, se recomienda que lea atentamente los términos y condiciones.

You must take care in answering all the following questions and you must declare full details of your medical history, including disabilities, illnesses and accidents together with the dates of such occurrences, all of which are relevant to our providing this insurance and setting the terms and premium. You should not omit to disclose medical history details because you have been declared fit or have been told that the results of medical investigations are satisfactory, or because you think or have been advised that they are not relevant. If you have no medical history to declare state NIL. If you do not understand any question or the nature of the information required please seek guidance from us or your broker.

Debe contestar a todas las preguntas y dar toda la información de su historial médico, incluyendo discapacidades, enfermedades y accidentes con las fechas de ocurrencia correspondientes. Toda esta información es relevante para ofrecer este seguro y establecer los términos y la prima. No debe omitir ningún dato de su historial médico a pesar de que le hayan declarado en buen estado de salud o que le hayan informado que dichos datos no son relevantes. Si no tiene historial médico que declarar, marque NADA. Si no entiende las preguntas o la naturaleza de la información requerida, puede contactar con nosotros o con su corredor.

Your failure to provide information or the provision of incomplete or inaccurate information may result in the loss of cover or revised terms and/or premium or it may affect any claim you make under this insurance.

Si no nos proporciona toda o parte de la información o si la información es errónea, puede resultar en la pérdida de cobertura del seguro o en la revisión de los términos y/o de la prima o en la posibilidad de afectar cualquier reclamación que pueda hacer bajo esta póliza.

Section 1 **Sección 1**

Title or Rank Título/Rango	<input type="text"/>
Surname Apellido(s)	<input type="text"/>
First name(s) Nombre(s)	<input type="text"/>

Date of birth
Fecha de nacimiento

Permanent address
Dirección permanente

Tel no
Teléfono

Email
Email

Male Female
Hombre Mujer

Preferred contact method Email Phone Both
Contacto Email Teléfono Ambos

Flying licences held (list all types (CPL, ATPL etc. – country of issue and numbers)
Licencias de vuelo (listado de todos los tipos (CPL, ATPL, etc. – país de emisión y números)

Section 2
Sección 2

Employer
Empresa

Is this application new or for an increased sum insured
Nueva solicitud aumento la suma asegurada

Requested inception date of insurance cover
Fecha de inicio requerida de la cobertura

Currency
Divisa

Annual salary
Sueldo anual

Sum to be insured
Suma asegurada

Full-time Part-time Self-employed/freelance
Tiempo completo Tiempo parcial Autónomo

Section 3
Sección 3

1. Would you like to add sports cover?
¿Desea añadir una cobertura para la para la práctica de deportes? Yes/Sí No/ No

2. Would you like to add temporary benefit (TTD) cover?
¿Desea añadirle cobertura de beneficios temporales? Yes/Sí No/ No

If Yes, please select one of the following TTD options:
Si la respuesta es Sí, elija una de las siguientes opciones de beneficios temporales:

- a. 24 months with 180 day excess
24 meses con 180 días de franquicia
- b. 24 months with 120 day excess
24 meses con 120 días de franquicia
- c. 24 months with 90 day excess
24 meses con 90 días de franquicia

Section 4
Sección 4

1. Have you ever been grounded or had a licence invalidated for medical reasons? Yes/Sí
No/ No
¿Ya ha tenido suspendida o anulada alguna licencia por razones médicas?
2. Has any limitation ever been endorsed of any of your licenses? Yes/Sí
No/ No
¿Ya le han puesto alguna limitación en alguna de sus licencias?
3. Has any insurance company or underwriter:
Alguna compañía de seguros o aseguradora lo ha:
 - a. declined or deferred a proposal from you? Yes/Sí
No/ No
¿rechazado o aplazado una solicitud de seguro?
 - b. charged or quoted more than standard rates? Yes/Sí
No/ No
¿cobrado o cotizado más alto que las tasas medias?
 - c. imposed an exclusion or waiver on your insurance cover? Yes/Sí
No/ No
¿impuesto una exclusión o ha denegado alguna cobertura?
 - d. cancelled or declined to renew your insurance? Yes/Sí
No/ No
¿cancelado o rechazado la renovación de su póliza?

If you have answered Yes to any of the above, please give dates and full details in section 10.

Si la respuesta es Sí a cualquiera de las preguntas anteriores, indíquenos las fechas y los detalles en la sección 10.

Section 5
Sección 5

- Are you entitled to any other loss of licence insurance arranged by you, your association or your employer? Yes/Sí
No/ No
¿Tiene otro seguro adicional de pérdida de licencia hecho a través de su asociación o empresa?

If Yes, please give full details below (sum insured, multiples of salary etc.)

Si la respuesta es Sí, indíquenos los detalles a continuación (suma asegurada, facturación)

Section 6
Sección 6

Please give the date of your last electrocardiograph examination approved by your licence issuing authority:
Indíquenos la fecha de su último electrocardiograma aprobado por la autoridad responsable de su licencia:

Date: Month: Year:
Fecha: Mes: Año:

Were you advised of any abnormality revealed by this or any previous examination? Yes/Sí
No/ No

¿Le han informado de alguna anomalía a través de este análisis o un análisis anterior?

If you have answered Yes to any of the above, please give dates and full details in section 10.

Si la respuesta es Sí a cualquier de las preguntas anteriores, indíquenos las fechas y los detalles en la sección 10.

Section 7
Sección 7

State your height (cms)
Altura (cm)

and present weight (kilos)
Peso actual (kilos)

and your weight 12 months ago (kilos)
Peso del año anterior (kilos)

Section 8
Sección 8

1. Have you ever suffered from any conditions or illnesses which necessitated hospital attendance, admission, diagnosis or treatment? Yes/Sí
¿Ya ha tenido alguna enfermedad que necesitare atención médica, ingreso en hospital, o cualquier tipo de diagnóstico o tratamiento? No/ No

2. After or during a medical examination have you ever:

Tras o durante un examen médico, han tenido que:

a. been required to take additional tests? Yes/Sí
¿hacerle pruebas adicionales? No/ No

b. been referred for specialist examination? Yes/Sí
¿hacerle pruebas especializadas? No/ No

c. had the issue or renewal of your medical certificate deferred? Yes/Sí
¿aplazar la emisión o la renovación de su certificado médico? No/ No

d. had to return for examination at less than the normal interval? Yes/Sí
¿citarle de nuevo para hacer pruebas en plazos fuera de lo normal? No/ No

e. been ordered to take drugs or follow any special diet? Yes/Sí
¿recetarle medicinas o seguir una dieta especial? No/ No

3. Are you aware of any deterioration in your general health, eyesight or blood pressure? Yes/Sí
¿Es consciente de cualquier tipo de agravación de su salud en general, de la vista o de tensión? No/ No

¿Es consciente de cualquier tipo de agravación de su salud en general, de la vista o de tensión?

If you have answered Yes to any of the above, please give dates and full details in section 10.

Si la respuesta es Sí a cualquier de las preguntas anteriores, indíquenos las fechas y los detalles en la sección 10.

Section 9
Sección 9

Have you ever been investigated, diagnosed or been treated for:

Ya le han examinado, diagnosticado o tratado por:

1. any psychiatric or nervous disorder (incl. migraine), epilepsy or any other form of convulsion or loss of consciousness? Yes/Sí
¿cualquier problema psiquiátrico o nervioso (incluyendo migrañas), No/ No

¿cualquier problema psiquiátrico o nervioso (incluyendo migrañas),

- epilepsia o cualquier forma de convulsiones o pérdida de conocimiento?
2. any heart, blood pressure, stroke, circulatory or respiratory disorder? Yes/Sí
 ¿cualquier problema de corazón, presión, infarto, de circulación o de respiración? No/ No
3. any condition involving eyes, ears, nose or throat, alimentary tract or genito-urinary system? Yes/Sí
 ¿cualquier enfermedad relacionada con los ojos, los oídos, la nariz y la garganta, el tracto digestivo o el sistema genitourinario? No/ No
4. any disorder of the blood or lymphatic system? Yes/Sí
 ¿cualquier problema del sistema sanguíneo o linfático? No/ No
5. any condition affecting bones and/or joints, incl. spinal conditions? Yes/Sí
 ¿cualquier enfermedad que afecte los huesos y/o las articulaciones, incluyendo problemas de columna? No/ No
6. any disorder of the skin? Yes/Sí
 ¿cualquier problema de la piel? No/ No
7. diabetes? Yes/Sí
 ¿diabetes? No/ No

If you have answered Yes to any of the above, please give dates and full details in section 10.

Si la respuesta es Sí a cualquier de las preguntas anteriores, indíquenos las fechas y los detalles en la sección 10.

Section 10
Sección 10

Additional information (use additional paper if necessary)
 Información adicional (use espacio adicional si procede)

Section number Número de sección	Details Detalles

Data Protection Act
Ley de Protección de Datos

By signing this proposal form you consent to Hiscox using the information we may hold about you for the purpose of providing insurance and handling claims, if any, and to process sensitive personal data about you where this is necessary (for example health information or criminal convictions). This may mean we have to give some details to third parties involved in providing insurance cover. These may include insurance carriers, third-party claims adjusters, fraud detection and prevention services, reinsurance companies and insurance regulatory authorities. Where such sensitive personal information relates to anyone other than you, you must obtain the explicit consent of the person to whom the information relates both to the disclosure of such information to us and its use by us as set out above. The information provided will be treated in confidence and in compliance with the Data Protection Act 1998. You have the right to apply for a copy of your information (for which we may charge a small fee) and to have any inaccuracies corrected.

Al firmar este cuestionario, acepta que Hiscox use su información con el fin de proporcionarle este seguro, gestionar los siniestros si procede y usar datos posiblemente personales cuando sea necesario (por ejemplo, información sobre salud o antecedentes penales). Puede que divulguemos detalles a terceros que participen en las coberturas del seguro. Puede incluir compañías de seguros, peritos de terceros, servicios de detección y prevención de fraude, compañías de reaseguro y autoridades de supervisión de seguro. Al ser esas informaciones personales relacionadas a cualquier otra persona que no sea usted, debe obtener una autorización de la persona a la que pertenece la información, que pueda divulgar dicha información y pueda permitirnos usarla adecuadamente. La información se considera como estrictamente confidencial y acorde con la Ley de Protección de Datos. Tiene derecho a pedir una copia de la información (por la que podremos cobrar una comisión mínima) y a corregir los errores si procede.

Declaration
Declaración

I declare that the information disclosed on this proposal, is to the best of my knowledge and belief both accurate and complete. I have taken care not to make any misrepresentation in the disclosure of this information and understand that all information provided is relevant to the acceptance and assessment of this insurance, the terms on which it is accepted and the premium charged.

Confirmando que la información declarada de este cuestionario, a mi leal saber y entender, es exacta. Me comprometo a no tergiversar la información y confirmo que es relevante para aprobar y evaluar el seguro, sus términos y la prima correspondiente.

I agree to tell you within 14 days of becoming aware about any changes in the information I have provided to you which happens before or during any period of insurance. We or your broker will tell you if any change affects your policy. For example your policy may be cancelled or the policy terms may be amended or you may be required to pay more for your insurance. If you do not inform us or your broker about a change it may affect any claim you make or could result in your insurance being invalid.

Confirmando informar en un plazo de 14 días que soy consciente de cualquier cambio con respecto a la información sobre acontecimientos que hayan ocurrido antes o durante el periodo del seguro. Nosotros o su agente le informaremos si algún cambio puede afectar la póliza: puede ser cancelada, sus términos modificados o deberá pagar un suplemento. Si no nos informa a nosotros o a su agente sobre cualquier cambio, puede afectar a cualquier siniestro que declare o resultar en una cancelación.

Signature
Firma

Date
Fecha

The insurer reserves the right to refuse to accept an application for insurance, or to impose special conditions.

El asegurador se reserva el derecho a rechazar este cuestionario o a imponer condiciones

especiales.

Please return your completed application form to:

Por favor mande el cuestionario a:

Excess Corredores de Reaseguro y Consultores S.A.U.
Calle Velázquez 46. Escalera A, piso 3.º dcha.
28001 Madrid (España).

Correo electrónico : excess@excess.es

A copy of this proposal should be retained for your records.
Se guardará una copia de este cuestionario para los registros.