

## HELICOPTER PROPOSAL FORM

Proposer's name (in full).....

Name of Company/ies (where applicable)

.....

Business or Occupation.....

Date Company formed.....

### DETAILS OF HELICOPTER(S) TO BE INSURED

| Year | Make & Model | Registration Number | Value including all equipment fitted | Number of Crew / Passenger Seats fitted |
|------|--------------|---------------------|--------------------------------------|---|
|      |              |                     |                                      |   |
|      |              |                     |                                      |   |
|      |              |                     |                                      |   |
|      |              |                     |                                      |   |

Please state **fully**:

1.

| EACH TYPE OF USE FOR WHICH THE AIRCRAFT WILL BE FLOWN:        | APPROXIMATE PERCENTAGE PER ANNUM FOR EACH USE: |          |          |          |
|---|--|----------|----------|----------|
|   | Reg. No:                                       | Reg. No: | Reg. No: | Reg. No: |
|   | %  | %        | %        | %        |
|   | %  | %        | %        | %        |
|   | %  | %        | %        | %        |
|   | %  | %        | %        | %        |
| ESTIMATED TOTAL HOURS PER ANNUM ANTICIPATED EACH HELICOPTER : | hours  | hours    | hours    | hour     |

2. Geographical limits for which insurance is required (in detail)

.....  
.....

3. By whom will the maintenance be carried out?

.....

4. a) Where will the helicopter(s) be usually kept?.....

b) Is this a licensed airfield? ☐ Yes ☐ No

c) Will the helicopter(s) be normally kept in a hangar | Yes ☐ No

5. Have you previously held a Helicopter Insurance Policy? If so, state name of Insurers:

.....

6. Has any Insurer at any time :-

a) Declined your Proposal? ☐ Yes ☐ No

If yes, give

details.....

b) Cancelled or refused to renew your policy? ☐ Yes ☐ No

If yes, give

details.....

7. Have you entered into any agreement or contract with any other party where liability is assumed or excluded in respect of the purchase, lease, ownership or operation of the Helicopter(s)? If so, give relevant extract of the text (or attach):-

.....

8. If the Helicopter(s) are being bought by Hire Purchase, or is/are the subject of a Mortgage/Lease Agreement, state amount and name of Title Holder:

.....

### LOSSES

9. PLEASE STATE DETAILS OF ALL ACCIDENTS/LOSSES DURING THE LAST 5 YEARS

| Date of Loss | Aircraft/<br>Registration No: | Damage to<br>Helicopter<br>Cost or<br>Estimate US\$ | Third Party &<br>Passengers Amount<br>Paid or Claimed US\$ | Circumstances of the loss |
|--------------|-------------------------------|---|--|---------------------------|
|              |                               |   |  |                           |
|              |                               |   |  |                           |
|              |                               |   |  |                           |

10.

### PILOTS

PLEASE GIVE DETAILS FOR ALL PILOTS

| Name &<br>Nationality | Total Hours<br>Flown in all<br>types of<br>Aircraft | Total Hours in<br>Helicopters<br>and Types<br>Flown | Hours in<br>Turbine<br>Helicopters (if<br>applicable) | Hours in the<br>type being<br>flown | Losses Cause and Date<br>(if any) |
|-----------------------|---|---|---|-------------------------------------|-----------------------------------|
|                       |   |   |   |                                     |                                   |
|                       |   |   |   |                                     |                                   |
|                       |   |   |   |                                     |                                   |
|                       |   |   |   |                                     |                                   |
|                       |   |   |   |                                     |                                   |
|                       |   |   |   |                                     |                                   |

**N.B. Insurance will be invalidated if aircraft is flown by any pilot other than as named in the policy**

11.

**LIABILITY**  
**LIMITS OF LIABILITY REQUIRED TO BE INSURED**

| Type of Limit   | State Currency & Amount  |
|---|--|
| A) Combined Single Limit, Third Party Bodily Injury and Property Damage and Passenger Liability<br><b>or:</b> | any one accident any one person / unlimited  |
| B) Combined Single Limit Third Party Bodily Injury and Property Damage<br><b>plus</b><br>Passenger Liability  | any one accident/ unlimited<br>any one person                                      |
| C) Cargo liability (only if cargo is carried)   | any one accident   |
| D) Personal Accident Insurance  | per crew seat<br>per passenger seat  |
| E) Medical Payment  | per crew member per week<br>per passenger per week<br>(up to 60% of weekly salary) |

12.

Period for which the Insurance is required : 12 months at.....

13.

I/We warrant that the above mentioned Helicopter(s) is/are my/our property (except as may be mentioned under 'Title Holder' in paragraph 9) above) and the statements and particulars given are true and that no material information has been withheld or suppressed.

Date.....

Signature of the Proposer (s).....

**Συγκατάθεση για τη χρήση πληροφοριών**

Η General Cover insurance Brokers θα χρησιμοποιήσει τις πληροφορίες που παρέχονται στο παρόν για τη διαχείριση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, συμπεριλαμβανομένων των αναδοχών και των απαιτήσεων

Χειρισμός, ή Αντιμετώπιση. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη γνωστοποίησή του σε άλλους ασφαλιστές, ρυθμιστικές αρχές ή στους πράκτορες του ασφαλιστή για λογαριασμό τους.

Ο ασφαλιστής μπορεί να παράσχει, κατόπιν αιτήματος, περισσότερες λεπτομέρειες μέσω των βάσεων δεδομένων στις οποίες έχει πρόσβαση ή συνεισφέρει .

**Δήλωση**

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος επιβεβαιώνει ότι είμαι δεόντως εξουσιοδοτημένος και δίνω συγκατάθεση για τη χρήση των πληροφοριών όπως ορίζεται ανωτέρω .

Επίσης δηλώνω ότι είμαι εξουσιοδοτημένος να ολοκληρώσω αυτήν την πρόταση εξ ονόματος του προτείνοντος. Αναλαμβάνω να ενημερώσω τον ασφαλιστή για οποιασδήποτε ουσιώδη τροποποίηση ή προσθήκη σε αυτές τις δηλώσεις ή στοιχεία που εμφανίζονται πριν από την έναρξη της περιόδου ασφάλισης. Αναγνωρίζεται και συμφωνείται ότι οι όροι υπόκεινται σε περιορισμούς και οι εξαιρέσεις από την πολιτική ενδέχεται να υποστούν αλλαγές οποιαδήποτε στιγμή πριν από την έναρξη της περιόδου ασφάλισης αν θα πρέπει να προκύψουν τέτοιες υλικές τροποποιήσεις ή προσθήκες. Η υπογραφή αυτής της πρότασης δεν δεσμεύει τον ασφαλιστή να δώσει προσφορά, ούτε ο αιτών να δεχθεί την ασφάλιση.

**Υπογραφή \***

**Όνομα**

**Θέση της εταιρείας**

**Ημερομηνία**

\* ο υπογράφων θα πρέπει να είναι διευθυντής ή ανώτερος υπάλληλος της εταιρείας ή ο ασφαλιζόμενος