

N° Solicitud	
Emisión	<input type="checkbox"/>
Inclusión	<input type="checkbox"/>
Exclusión	<input type="checkbox"/>

## Solicitud de Seguro

### PÓLIZA DE SEGURO DE AERONAVES DE AVIACIÓN GENERAL

#### Datos del Tomador del Seguro y del Propuesto Asegurado

Tomador Persona Natural	Apellidos: _____	Nombres: _____	
	Cédula / Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____	R.I.F.: _____	Nacionalidad: _____
	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>
	Profesión: _____	Ocupación u Oficio _____	
	Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____		Ingreso Promedio Anual: _____
	La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/>		
	Dirección de Habitación: _____		
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	
	Ciudad: _____	Municipio: _____	N° Teléfono: _____
	Dirección de Oficina: _____		
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	
	Ciudad: _____	Municipio: _____	N° Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____		N° Teléfono Celular: _____	
Dirección de Cobro: _____			
Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____		
Ciudad: _____	Municipio: _____	N° Teléfono: _____	

Tomador Persona Jurídica	Denominación de la Razón Social: _____		
	Siglas o Nombre Comercial: _____	Tipo de Persona: Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/>	
	Fecha Constitución: ____ / ____ / ____	Ingreso Promedio Anual: _____	N° Registro: _____
	Tomos: _____		
	Actividad Económica: Industrial Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique: _____		
	Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: _____		
	Cédula / Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____	R.I.F.: _____	Nacionalidad: _____
	Actividad Comercial: _____		Ingreso Promedio Anual: _____
	Dirección de Oficina: _____		
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	
	Ciudad: _____	Municipio: _____	N° Teléfono: _____
	Correo Electrónico: _____		N° Teléfono Celular: _____
Dirección de Cobro: _____			
Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____		
Ciudad: _____	Municipio: _____	N° Teléfono: _____	

Propuesto Asegurado	Apellidos: _____	Nombres: _____	
	Cédula / Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____	R.I.F.: _____	Nacionalidad: _____
	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>
	Profesión: _____	Ocupación u Oficio _____	
	Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____		Ingreso Promedio Anual: _____
	La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/>		
	Dirección de Habitación: _____		
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	
	Ciudad: _____	Municipio: _____	N° Teléfono: _____
	Dirección de Oficina: _____		
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	
	Ciudad: _____	Municipio: _____	N° Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____		N° Teléfono Celular: _____	

#### Información General de la Póliza

Vigencia:	Desde: ____ / ____ / ____ (a las 12 m)	Fecha de Suscripción: ____ / ____ / ____	Frecuencia de Pago	Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/>
	Hasta: ____ / ____ / ____ (a las 12 m)	Fecha de Movimiento: ____ / ____ / ____	Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>	
Intermediario de Seguros: _____		Código: _____	Moneda: _____	Sucursal: _____

### Información General del Riesgo

a) Describa el interés del Solicitante en la(s) aeronave(s) \_\_\_\_\_

b) Existen aeronave(s) que haya(n) sido dada(s) como garantía hipotecaria o prendaria, o exista(n) sobre esta(s) cualquier otro gravamen  Sí  No En caso afirmativo, indique el nombre del acreedor y el monto de la obligación \_\_\_\_\_

c) En cuanto a la descripción de la(s) aeronave(s), complete la siguiente información:

N°	N° Matrícula	Marca	Modelo	N° Serial	Año de Fabricación	Capacidad de Pasajeros	Capacidad de Tripulantes
1							
2							
3							
4							

d) En cuanto a la descripción de los motores o turbinas, complete la siguiente información:

N°	N° de Motores	Marca	Modelo	Serial N°	Potencia (HP)
1					
2					
3					
4					

e) Indique el Total de Horas de Vuelo:

Del Casco \_\_\_\_\_ Hrs. De los Motores desde nuevo \_\_\_\_\_ Hrs.  
 Desde el último overhaul realizado a motores / hélices \_\_\_\_\_ Hrs.

f) Describa todos los equipos de radio navegación, instalados o en la aeronave, radar, GPS, etc.: \_\_\_\_\_

g) Describa todos los equipos de seguridad (antirrobo) instalados o utilizados en la aeronave: \_\_\_\_\_

h) Fecha de la última inspección aeronáutica civil: \_\_\_\_\_

i) Señale las rutas más frecuentes en que opera: \_\_\_\_\_

j) Aeropuerto base y pista usualmente utilizada: \_\_\_\_\_

k) Posee contrato de mantenimiento?  Sí  No En caso afirmativo, indique el taller: \_\_\_\_\_

l) Obligatorio (Ministerio del Poder Popular para las Obras Públicas y Vivienda) \_\_\_\_\_ Regular: \_\_\_\_\_

m) Aeropuerto Base: \_\_\_\_\_

n) Limite Territorial para aeronavegabilidad solicitado: \_\_\_\_\_

o) Señale el o los usos de la(s) aeronave(s): \_\_\_\_\_

Características del Riesgo

### Datos del Piloto Autorizado

a) Información sobre el Piloto que usualmente opera la Aeronave:

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Cédula / Pasaporte: V  E  N° \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Certificado Médico: \_\_\_\_\_ Fecha de Emisión del Certificado Médico: \_\_\_\_\_

Licencias Obtenidas Años: Estudiante \_\_\_\_\_ Privado \_\_\_\_\_ Comercial \_\_\_\_\_ Helicóptero \_\_\_\_\_

Tipo de Licencia: \_\_\_\_\_ Licencia N°: \_\_\_\_\_ Fecha de Expedición: \_\_\_\_\_

Indique escuela y fecha del último entrenamiento en marca y modelo: \_\_\_\_\_

Vuelo Visual (VFR): \_\_\_\_\_ Vuelo Instrumental (IFR): \_\_\_\_\_

Habilitación: \_\_\_\_\_ Otras habilitaciones incluyendo marca / modelo de la aeronave asegurada: \_\_\_\_\_

Piloto Autorizado

Complete la siguiente información:

TIPO	HORAS COMO PILOTO AL MANDO	HORAS COMO CO-PILOTO
Monomotor		
Multimotor		
Turboprop		
Jet		
Helicópteros		
Marca y Modelo		
Total General		

Indique si ha presentado Siniestros en los últimos cinco (5) años:  Sí  No En caso afirmativo, detalle: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Horas en la Zona Sur de Venezuela: \_\_\_\_\_ Hrs. Horas en Carga Eslingada Totales \_\_\_\_\_ Hrs.

Horas como instructor Totales: \_\_\_\_\_ Hrs. Información sobre otros Pilotos que vuelen la aeronave: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Piloto Autorizado

### Coberturas a Contratar

Coberturas		Sumas Aseguradas	Deducibles
Casco (Daños Propios de la Aeronave): Daños Amparados al Motor, Gastos de Emergencia o Rescate, Desmantelamiento, Reparaciones, Transporte e Indemnización por Pérdida Total	<input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civil ante Terceros	<input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civil ante Pasajeros	<input type="checkbox"/>		
Limite de Indemnización	<input type="checkbox"/>		
Accidentes Personales	<input type="checkbox"/>		
Gastos Médicos	<input type="checkbox"/>		

El Asegurado NO está obligado a tomar todas y cada una de las Coberturas aquí señaladas, pudiendo seleccionar libremente las que se ajusten a sus necesidades.

### Otros Seguros

a) Si posee otro(s) contrato(s) con cobertura similares a las otorgada por este seguro, responda las siguientes preguntas

Aseguradora	N° Contrato	Tipo de Póliza o Ramo	Suma Asegurada	Vigencia	
				Desde	Hasta
				/ /	/ /
				/ /	/ /
				/ /	/ /

b) ¿Ha hecho alguna reclamación contra alguna Compañía de Seguros?: Si  No   
(En caso afirmativo, complete la siguiente información)

Indique Fechas	Causa	Monto	Compañía Aseguradora

c) ¿Le ha sido negada, cancelada, rehusado a renovar, o aceptado el seguro o seguros anteriores bajo condiciones especiales? Si  No

De detalles: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Declaración del Tomador

En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de éste, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia, con el propósito de aminorar el riesgo, en el entendido que ésta servirá de base al Asegurador para la emisión de la póliza y el cobro de la prima correspondiente. Los riesgos empezarán a correr por cuenta del Asegurador a partir de la fecha indicada en el Cuadro Póliza Recibo. Autorizo la verificación de la misma, así como a suministrar información a terceros para fines de evaluación de riesgo.

Apellidos y Nombres del Propuesto Asegurado	N° Cédula del Propuesto Asegurado	Firma del Propuesto Asegurado	<b>Huella</b>	Pulgar del Propuesto Asegurado
Fecha: ____ / ____ / ____				

Como Tomador, doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas.

Esta solicitud formará parte integrante de la póliza y el Asegurador estará obligado a entregar una copia al Tomador al momento del pago de la prima, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo y demás documentos que formen parte del contrato de seguro.

<b>Firmas</b>	Intermediario de Seguro	El Tomador / Solicitante	El Representante Legal (en caso que lo amerite)	<b>Huella</b>	Pulgar del Tomador
	Fecha: ____ / ____ / ____	Fecha: ____ / ____ / ____	Fecha: ____ / ____ / ____		