

SOLICITUD DE SEGURO  
POLIZA AERONAVES DE AVIACIÓN GENERAL

<input type="checkbox"/> Póliza Nueva	<input type="checkbox"/> Modificación	Sucursal:
Vigencia desde:		Hasta:

Este formulario debe estar completado en todas sus partes, en letra de molde

A. Tomador					
Nombres y Apellidos o Razón Social:				C.I./ R.I.F. / Pasaporte N°:	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Otro:	Lugar de Nacimiento/Reg. Cía.:	Fecha Nacimiento /Const.:	Número de Registro:	Tomo:
Nombre del Registro:		Carácter con el que contrata:	Profesión:	Oficio u Ocupación:	
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial: Ramo: _____ <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental		Tipo de Ejercicio: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio		Capacidad Económica o Financiera: Ingresos Mensuales:	
Dirección de Habitación:				Teléfono:	
Ciudad:	Zona Postal:	Estado:	Municipio:	E-mail:	
Dirección de Oficina:				Teléfono/Fax:	
Ciudad:	Zona Postal:	Estado:	Municipio:	E-mail:	
Dirección de Cobro:				Teléfono/Fax:	

B. Representante Legal					
Nombres y Apellidos:				C.I. / Pasaporte N°:	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Otro:	Lugar de Nacimiento:	Fecha Nacimiento:	Profesión:	Oficio u Ocupación:
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial: Ramo: _____ <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental		Tipo de Ejercicio: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio		Capacidad Económica o Financiera: Ingresos Mensuales:	
Dirección de Habitación:				Teléfono:	
Dirección de Oficina:				Teléfono/Fax:	

C. Propuesto Asegurado (Llenar sólo en caso de ser diferente al Tomador)					
Nombres y Apellidos:				C.I./ R.I.F. / Pasaporte N°:	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Otro:	Lugar de Nacimiento/Reg. Cía.:	Fecha Nacimiento /Const.:	Número de Registro:	Tomo:
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial: Ramo: _____ <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental		Tipo de Ejercicio: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio		Capacidad Económica o Financiera: Ingresos Mensuales:	
Dirección de Habitación:				Teléfono:	
Dirección de Oficina:				Teléfono/Fax:	

D. Descripción de la Aeronave				
Matricula:	Marca:	Modelo:	Año:	
Serial:	Nº de motores:	Capacidad Pasajeros:	Capacidad Tripulantes:	
E. Descripción de los Motores o Turbinas				
Item	Marca	Modelo	Serial	Potencia (HP)
0				
02				
03				
En caso de que la Aeronave haya sido dada en garantía hipotecaria o prendaria: Acreedor: _____ Monto de la obligación: _____				
Total Horas de Vuelo del Casco:	Total Horas de Vuelo de los Motores desde nuevo:	Total de Horas de Vuelo desde el último overhaul realizado a motores/hélices:		
Describa todos los equipos de Radio Navegación instalados en la Aeronave, Radar, GPS, etc.:				
Describa todos los equipos de seguridad contra robo instalados o utilizados en la Aeronave:				
Fecha de la última inspección de Aeronáutica Civil (anexar fotocopia del informe):				
Rutas más frecuentes en que opera la Aeronave:				
Aeropuerto Base usualmente utilizado:			Pista usualmente utilizada:	
¿Posee Contrato de Mantenimiento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
En caso afirmativo, indique el nombre del taller:				
¿El contrato es obligatorio del Ministerio de Infraestructura? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			¿Mantenimiento Regular realizado por el Tomador? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Límite Territorial para aeronavegabilidad solicitado:				
Uso de la Aeronave:	Personal y Turismo Ayuda Industrial	Comercial Limitado Comercial	Usos Especiales Otro: _____	
Si la Aeronave ha sufrido algún siniestro, indique el Lugar, Fecha y Daños a la Aeronave:				
F. Registro del Piloto				
Apellidos y Nombres:			Nº de Licencia:	
Fecha de Expedición del Certificado Médico:	Clase:	Nº de Renovaciones:		
Licencias Expedidas y Años de Expedición:				
<input type="checkbox"/> Estudiante, año _____		<input type="checkbox"/> Privado, año _____		<input type="checkbox"/> Comercial, año _____
<input type="checkbox"/> Helicóptero, año _____		<input type="checkbox"/> Transporte Línea Aérea, año _____		<input type="checkbox"/> Instructor de Vuelo, año _____
Habilitación Vuelo Visual (VFR):			Habilitación Vuelo Instrumental (IFR):	
Otras habilitaciones incluyendo Marca/Modelo de la Aeronave:				
Cursos recurrentes o de transición y fechas de los mismos:				
Fecha último chequeo de vuelo o equivalente: _____ ¿Es propietario de la nave a asegurar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				

G. Experiencia como Piloto			
Descripción	Total Horas Doble Comando	Total Horas Piloto al Mando	Total Horas
A. En Marcas y modelos de Aeronaves			
B. Nocturnas			
C. Diurnas			
D. Instrumental Reales Instrumental Simuladas			
E. Aeronaves Monomotores			
F. Aeronaves Multimotores Pistón			
G. Aeronaves Multimotores Turbohélices			
H. Aeronaves Multimotores Turbojets			
I. Helicópteros a Pistón			
J. Helicópteros a Turbina			
Suma Total de las Horas, apartados E, F, G, H ó I, J			
Fuente de información de la experiencia como piloto: <input type="checkbox"/> Bitácora de Vuelo <input type="checkbox"/> Estimado piloto <input type="checkbox"/> Otro (especifique):		Horas de Vuelo en la Zona Sur de Venezuela:	
¿Ha tenido accidentes o incidentes en alguna aeronave? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
En caso afirmativo, indique fecha, lugar y daños a la aeronave:			
H. Registro del Copiloto			
Apellidos y Nombres:		Nº de Licencia:	
Fecha de Expedición del Certificado Médico:	Clase:	Nº de Renovaciones:	
Licencias Expedidas y Años de Expedición:			
<input type="checkbox"/> Estudiante, año _____		<input type="checkbox"/> Privado, año _____	
<input type="checkbox"/> Helicóptero, año _____		<input type="checkbox"/> Comercial, año _____	
<input type="checkbox"/> Transporte Línea Aérea, año _____		<input type="checkbox"/> Instructor de Vuelo, año _____	
Habilitación Vuelo Visual (VFR):		Habilitación Vuelo Instrumental (IFR):	
Otras habilitaciones incluyendo Marca/Modelo de la Aeronave:			
Cursos recurrentes o de transición y fechas de los mismos:			
Fecha último chequeo de vuelo o equivalente: _____ ¿Es propietario de la nave a asegurar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
I. Experiencia como Copiloto			
Descripción	Total Horas Doble Comando	Total Horas Piloto al Mando	Total Horas
A. En Marcas y modelos de Aeronaves			
B. Nocturnas			
C. Diurnas			
D. Instrumentales Reales Instrumentales Simuladas			
E. Aeronaves Monomotores			
F. Aeronaves Multimotores Pistón			
G. Aeronaves Multimotores Turbohélices			
H. Aeronaves Multimotores Turbojets			
I. Helicópteros a Pistón			
J. Helicópteros a Turbina			
Suma Total de las Horas, apartados E, F, G, H ó I, J			
Fuente de información de la experiencia como piloto: <input type="checkbox"/> Bitácora de Vuelo <input type="checkbox"/> Estimado piloto <input type="checkbox"/> Otro (especifique):		Horas de Vuelo en la Zona Sur de Venezuela:	
¿Ha tenido accidentes o incidentes en alguna aeronave? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
En caso afirmativo, indique fecha, lugar y daños a la aeronave:			

(Este formulario debe estar completado en todas sus partes, en letra de molde)

**J. Cobertura(s) Solicitada(s)**

Descripción de Coberturas	Suma(s) Asegurada(s) Bs.
<input type="checkbox"/> Casco: <input type="checkbox"/> Amplia <input type="checkbox"/> Pérdida Total <input type="checkbox"/> Sólo en Tierra	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ante Terceros	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ante Pasajeros	
<input type="checkbox"/> Anexo De Extensión De Cobertura Responsabilidad (AV-52E)	
<input type="checkbox"/> Accidentes Personales Tripulantes	
<input type="checkbox"/> Accidentes Personales Pasajeros	
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Tripulantes	
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Pasajeros	
<input type="checkbox"/> Seguro De Deducible (Sólo Aeronaves De Turbinas) (W 340)	
<input type="checkbox"/> Seguro De Casco - Guerra (LSW-555C)	
<input type="checkbox"/> Violación De Garantías (AV 28)	

**K. Información Complementaria**
**Otros seguros vigentes sobre los mismos bienes**

Empresa de Seguros	Monto Asegurado	Nº de Póliza	Vigencia

**Solicitudes rechazadas**

Entidad Bancaria	Número(s) de Cuenta(s)	Teléfono

**Otros Seguros Vigentes sobre los mismos Bienes**

Empresa de Seguros	Motivo	Fecha

Beneficiario Preferencial	Cédula de Identidad o R.I.F.

**L. Declaración**

Yo \_\_\_\_\_ portador (a) de la C.I/ R.I.F. / Pasaporte Nro: \_\_\_\_\_, bajo fe de juramento declaro que el dinero utilizado para el pago de la prima de la póliza cuya suscripción solicito en este acto, proviene de una fuente lícita y, por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores, títulos o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y demás leyes de la República sobre la materia.

Productor de Seguros	Tomador	Propuesto Asegurado	Gerente
Código:	Cédula de Identidad:	Cédula de Identidad:	Cédula de Identidad:
Firma:	Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: / /	Fecha: / /	Fecha: / /	Fecha: / /