



## SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE AERONAVES DE AVIACIÓN GENERAL

### I. DATOS DEL TOMADOR DE LA POLIZA

Apellidos y Nombres o Denominación Jurídica:				Cédula de Identidad o RIF:	
Dirección de Cobro:					
Ciudad:	Zona Postal:	Estado:	Teléfono (indique código de área)		Número de Fax:
Dirección de Correo Electrónico:		Actividad u Ocupación:		Ingreso Mensual:	

### II. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

Apellidos y Nombres o Denominación Jurídica:				Cédula de Identidad o RIF:	
Dirección de Habitación:					
Ciudad:	Zona Postal:	Estado:	Teléfono (indique código de área)		Número de Fax:
Dirección de Correo Electrónico:					
Índole del Negocio, ocupación o actividad que ejecuta el Propuesto Asegurado:					
Describa el interés del Propuesto Asegurado en la(s) Aeronave(s):					

### III. DESCRIPCION DE LA AERONAVE

Matrícula:		Marca:		Modelo:	
Serial:	Capacidad Pasajeros:	Capacidad Tripulantes:		Nº de Motores:	

### IV. DESCRIPCIÓN DE LOS MOTORES O TURBINAS

Ítem	Marca	Modelo	Serial	Potencia (HP)
01				
02				
03				

En caso de que la Aeronave haya sido dada como Garantía Hipotecaria o Prendaria Indique el nombre del acreedor y el monto de la obligación:			
Total Horas de Vuelo del Casco:		Total Horas de Vuelo de los Motores desde Nuevo:	
Total Horas de Vuelo desde 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 Instalados o Utilizados en la Aeronave (Anti-Robo):			
Fecha de la última Inspección Aeronáutica Civil (Favor Suministrar Fotocopia):			
Señalar las rutas más frecuentes en que opera:			
Aeropuerto Base Usualmente Utilizado:		Pista Usualmente Utilizada:	
¿Posee Contrato de Mantenimiento? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso Afirmativo indique el nombre del Taller:	
¿El Contrato es obligatorio del Ministerio de Infraestructura? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Mantenimiento Regular realizado por el Tomador? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Límite Territorial para Aeronavegabilidad solicitado:			
Señale el Uso de la Aeronave: <input type="checkbox"/> Personal y Turismo <input type="checkbox"/> Comercial Limitado <input type="checkbox"/> Usos Especiales <input type="checkbox"/> Ayuda Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro:			
Si la Aeronave ha sufrido algún Siniestro, Indique el lugar, fecha y daños a la aeronave:			
<b>V. REGISTRO DEL PILOTO</b>			
Apellidos y Nombres:		Número de Licencia:	
Fecha de Expedición del Certificado Médico:	Clase:	Nº de Renovaciones:	
Licencias Obtenidas y Año de Expedición: <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Helicóptero <input type="checkbox"/> Transp. Línea Aérea <input type="checkbox"/> Instructor de Vuelo Año:   Año:   Año:   Año:   Año:   Año:			
Habilitación Vuelo Visual (VFR)		Habilitación Vuelo Instrumental (IFR)	
Otras Habilitaciones Incluyendo Marca / Modelo de la Aeronave:			
Describa los Cursos Recurrentes o de Transición, indicando la fecha de los mismos:			
Fecha del Último chequeo de vuelo o equivalente:		¿Es propietario de la Aeronave a Asegurar? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>EXPERIENCIA COMO PILOTO</b>			
Descripción	Total Hasta la Fecha		
	Doble Comando	Piloto al Comando	Total
a. En Marcas y Modelo de la Aeronave			
b. Nocturnas			
c. Diurnas			

d. Instrumental	Reales			
	Simuladas			
e. Aeronaves Monomotores				
f. Aeronaves Multimotores Pistón				
g. AV Multimotores Turbohélices				
h. AV Multimotores Turbojets				
i. Helicópteros a Pistón				
j. Helicópteros a Turbina				
Suma Total Apartados E, F, G, H, I, J				

Fuente de Información de la Experiencia como Piloto: <input type="checkbox"/> Bitacora <input type="checkbox"/> Estimado Piloto <input type="checkbox"/> Otro (Especifique):			Horas de vuelo en la Zona Sur de Venezuela:	
¿Ha tenido accidentes o incidentes con alguna Aeronave? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			En caso Afirmativo, Indique Fecha, Lugar y Daños a la Aeronave	

### VI. REGISTRO DEL COPILOTO

Apellidos y Nombres:		Número de Licencia:		
Fecha de Expedición del Certificado Médico:	Clase:	Nº de Renovaciones:		
Licencias Obtenidas y Año de Expedición: <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Helicóptero <input type="checkbox"/> Transp. Línea Aérea <input type="checkbox"/> Instructor de Vuelo Año:            Año:            Año:            Año:            Año:            Año:				
Habilitación Vuelo Visual (VFR)		Habilitación Vuelo Instrumental (IFR)		
Otras Habilitaciones Incluyendo Marca / Modelo de la Aeronave:				
Describa los Cursos Recurrentes o de Transición, indicando la fecha de los mismos:				
Fecha del Último chequeo de vuelo o equivalente:		¿Es propietario de la Aeronave a Asegurar? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

### EXPERIENCIA COMO COPILOTO

Descripción	Total Hasta la Fecha		
	Doble Comando	Piloto al Comando	Total
a. En Marcas y Modelo de la Aeronave			
b. Nocturnas			
c. Diurnas			
d. Instrumental	Reales		
	Simuladas		
e. Aeronaves Monomotores			
f. Aeronaves Multimotores Pistón			
g. AV Multimotores Turbohélices			
h. AV Multimotores Turbojets			
i. Helicópteros a Pistón			
j. Helicópteros a Turbina			
Suma Total Apartados E, F, G, H, I, J			

Fuente de Información de la Experiencia como Piloto: <input type="checkbox"/> Bitacora <input type="checkbox"/> Estimado Piloto <input type="checkbox"/> Otro (Especifique):			Horas de vuelo en la zona sur de Venezuela:	
---	--	--	---	--

¿Ha tenido accidentes o incidentes con alguna Aeronave? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso Afirmativo, Indique Fecha, Lugar y Daños a la Aeronave
--	--

### VII. OTROS SEGUROS

Que otro tipo de Seguro tiene o ha solicitado:

Empresa de Seguros: \_\_\_\_\_ Monto Bs: \_\_\_\_\_ Tipo de Seguro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Empresa de Seguros: \_\_\_\_\_ Monto Bs: \_\_\_\_\_ Tipo de Seguro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Yo, El Propuesto Asegurado, declaro:

a. Que he leído y entiendo cabalmente cada una de las partes de esta Solicitud y que la información que suministro es verdadera, amplia, completa y exacta, dependiendo de ella la validez del Seguro.

b. Que acepto que la responsabilidad de la Empresa de Seguros comienza una vez celebrado el contrato de seguros.

c. Que no he omitido o simulado ningún hecho o circunstancia en las respuestas, que pueda modificar la opinión de la Empresa de Seguros sobre el riesgo a correr por el Seguro Solicitado. En caso de que se compruebe fraude o declaración falsa, hace de hecho NULO este Contrato cesando la responsabilidad de la Empresa de Seguros, de conformidad con lo establecido en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales.

#### DECLARACION DE FE DE ORIGEN Y DESTINO DE LOS FONDOS

Yo, EL TOMADOR, Declaro: Que el dinero utilizado para el pago de prima de la Póliza suscrita proviene una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones a que se refiere el Artículo 37 de la Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, conforme a lo dispuesto en el Artículo 26, título III de las "Normas sobre Prevención, Control y Fiscalización de las Operaciones de Seguros y Reaseguros para evitar la Legitimación de Capitales" publicadas en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.683 Extraordinario de fecha 22 de diciembre de 2003.

\_\_\_\_\_  
Firma del Propuesto Asegurado

\_\_\_\_\_  
Firma del Tomador

\_\_\_\_\_  
Firma del Intermediario de Seguros

**APELLIDOS Y NOMBRES DEL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS:**

**CODIGO DEL INTERMEDIARIO**

**OBSERVACIONES:**