

# SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE AERONAVES DE AVIACIÓN GENERAL

Nº. DE PÓLIZA:

FECHA:

Av. Francisco de Miranda, Torre La Primera, pisos 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, PH  
Chacao, Estado Miranda . RIF G-20008701-3  
Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N°. 48  
Capital Suscrito y Pagado: Bs. 591.095.765,37  
Miembro de la "Cámara de Aseguradores de Venezuela"

La presente Solicitud de Seguro debe ser leída y llenada con letra de molde, en todos sus puntos, sin enmiendas y en tinta no esfumable de un mismo color (azul o negra) en forma legible y debe ser firmada por el futuro Tomador y su Intermediario de Seguros, si lo hubiere.

## DATOS DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA

APELLIDOS Y NOMBRES O DENOMINACIÓN JURÍDICA:				CÉDULA DE IDENTIDAD O R.I.F.:	
DIRECCIÓN DE COBRO:					
CIUDAD:	ZONA POSTAL:	ESTADO:	TELÉFONO:	TELÉFONO (Otro donde Ubicarlo):	
			Cód. Área: N°	Cód. Área: N°	
ACTIVIDAD ECONÓMICA, COMERCIAL O PROFESIONAL, OFICIO U OCUPACIÓN:		INGRESO MENSUAL APROXIMADO:		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICA:	

## DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

APELLIDOS Y NOMBRES O DENOMINACIÓN JURÍDICA:				CÉDULA DE IDENTIDAD O R.I.F.:	
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:					
CIUDAD:	ZONA POSTAL:	ESTADO:	TELÉFONO:	TELÉFONO (Otro donde Ubicarlo):	
			Cód. Área: N°	Cód. Área: N°	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:			TELÉFONO MÓVIL:		
			Cód. Área: N°		
ACTIVIDAD ECONÓMICA, COMERCIAL O PROFESIONAL, OFICIO U OCUPACIÓN QUE EJECUTA EL PROPUESTO ASEGURADO:					
DESCRIBA EL INTERÉS DEL PROPUESTO ASEGURADO EN LA(S) AERONAVE(S):					

## DESCRIPCIÓN DE LA AERONAVE

MATRÍCULA:		MARCA:		MODELO:	
SERIAL:		CAPACIDAD PASAJEROS:		CAPACIDAD TRIPULANTES:	
				Nº DE MOTORES:	

## DESCRIPCIÓN DE LOS MOTORES O TURBINAS

ITEM	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 DE AERONÁUTICA CIVIL (FAVOR SUMINISTRAR FOTOCOPIA):

SEÑALAR LAS RUTAS MÁS FRECUENTES EN QUE OPERA:

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:

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:

**REGISTRO DEL PILOTO**

APELLIDOS Y NOMBRES:	NÚMERO DE LICENCIA:
----------------------	---------------------

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO MÉDICO:	CLASE:	N° 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 RECURRENTE O DE TRANSICIÓN, INDICANDO LA FECHA DE LOS MISMO:

FECHA DEL ÚLTIMO CHEQUEO DE VUELO O EQUIVALENTE:	¿ES PROPIETARIO DE LA AERONAVE A ASEGURAR?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

**EXPERIENCIA COMO PILOTO**

DESCRIPCIÓN	TOTAL HASTA LA FECHA		
	DOBLE COMANDO	PILOTO AL MANDO	TOTAL
A- EN MARCAS Y MODELO DE 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 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 CON ALGUNA AERONAVE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE: FECHA, LUGAR Y DAÑOS A LA AERONAVE.
--	---

**REGISTRO DEL COPILOTO**

APELLIDOS Y NOMBRES:	NÚMERO DE LICENCIA:
----------------------	---------------------

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO MÉDICO:	CLASE:	N° 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 RECURRENTE O DE TRANSICIÓN, INDICANDO LA FECHA DE LOS MISMO:

FECHA DEL ÚLTIMO CHEQUEO DE VUELO O EQUIVALENTE: ¿ES PROPIETARIO DE LA AERONAVE A ASEGURAR?:  
 SI  NO

**EXPERIENCIA COMO COPILOTO**

DESCRIPCIÓN	TOTAL HASTA LA FECHA		
	DOBLE COMANDO	PILOTO AL MANDO	TOTAL
A- EN MARCAS Y MODELO DE 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 DE LAS HORAS, APARTADOS E, F, G, H ó I, J.			

FUENTE DE INFORMACIÓN DE LA EXPERIENCIA COMO PILOTO:  
 BITÁCORA DE VUELO  ESTIMADO PILOTO  OTRO, ESPECIFIQUE: HORAS DE VUELO EN LA ZONA SUR DE VENEZUELA:

¿HA TENIDO ACCIDENTES O INCIDENTES CON ALGUNA AERONAVE?  SI  NO EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE: FECHA, LUGAR Y DAÑOS A LA AERONAVE.

**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:

- Que he leído y entendido 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.
- Que acepto que la responsabilidad de la Empresa de Seguros comienza una vez celebrado el contrato de seguros.
- 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 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.

YO, EL TOMADOR, DOY FE QUE EL DINERO UTILIZADO PARA EL PAGO DE LA PRIMA DEL PRESENTE SEGURO PROVIENE DE UNA FUENTE LÍCITA Y NO TIENE RELACIÓN ALGUNA CON CAPITALES, BIENES, HABERES O BENEFICIOS DERIVADOS DE LAS ACTIVIDADES ILÍCITAS O DE LOS DELITOS DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES PREVISTOS EN LA "LEY ORGANICA CONTRA LA DELINCUENCIA ORGANIZADA".

Aprobado por la Superintendencia de Seguros, ahora Superintendencia de la Actividad Aseguradora, mediante oficio N° 7199 de fecha 21 de Agosto de 2006

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PROPUESTO  
ASEGURADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TOMADOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INTERMEDIARIO  
DE SEGUROS

APELLIDOS Y NOMBRES DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS:

CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO:

OBSERVACIONES: