

SEGURO DE AVIONES SOLICITUD DE SEGURO

I. DATOS DEL ASEGURADO PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATANTE

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido de casada		
Lugar de Nacimiento:				Fecha de Nacimiento			Edad:		Nacionalidad:	
				Día:	Mes:		Año:			
Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/>		Tipo de identificación		D.N.I		Numero de RTN:				
Pasaporte <input type="checkbox"/>		Carné de residente <input type="checkbox"/>								
Sexo		Estado Civil		Nombre completo del cónyuge o Pareja:						
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> U.L. <input type="checkbox"/>								
Dirección completa de residencia incluyendo Departamento y Municipio:										
Teléfono de Residencia:			Teléfono Celular:				Fax No.:			
Correo electrónico:					Profesión, ocupación, oficio o actividad económica:					
Nombre y Giro del Negocio (Si aplica):										
Nombre de la empresa donde labora:			Posición /Cargo que desempeña:			Tiempo de laborar en la empresa:				
Dirección completa de la empresa donde labora incluyendo Departamento y Municipio:										
Teléfono del trabajo:		Fax No.:		Correo electrónico:			Sitio web:			
Especificar detalladamente la fuente de ingreso y/o origen de los recursos:				Nivel aproximado de Ingreso según el Salario Mínimo mensual vigente (SMMV) en Lps.:						
				De 0-10,000.00 <input type="checkbox"/> De 10,000.01-15,000.00 <input type="checkbox"/> De 15,000.01-30,000.00 <input type="checkbox"/> De 30,000.01-40,000.00 <input type="checkbox"/>						
				De 40,000.01-80,000.00 <input type="checkbox"/> De 80,000.01-100,000.00 <input type="checkbox"/> De 100,000.01 en Adelante <input type="checkbox"/>						
Ha Desempeñado un Cargo Público en los últimos cuatro (4) años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre de la Institución?										
Realiza usted Actividades y Profesionales No Financieras Designadas (APNFD)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es Si entregar constancia de la CNBS.										
Actúa usted por cuenta propia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es No en Nombre de quién?										

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA CONTRATANTE

Razón o Denominación Social:			Nombre Comercial:			No. R.T.N.		
Dirección de la Oficina Principal incluyendo Departamento, Municipio/Ciudad:								
Número de Teléfono		Número de Fax		Correo electrónico			Fecha de Constitución:	
Objeto social y/o actividad económica:								
Departamentos y/o Países donde opera el negocio:								
La empresa realiza Actividades y Profesionales No Financieras Designadas (APNFD)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es Si entregar constancia de la CNBS.								
Detalle de la estructura de Propiedad y Control de la sociedad; describa quienes son los socios, accionistas o propietarios y sus porcentajes de Participación:								
Nombre Completo			Numero de Identidad			% Participación		
1.								
2.								
3.								

VII.- DESCRIPCION DE LA AERONAVE

Nombre del Propietario			
Tipo de Aeronave		Marca y Modelo	
Año de Construcción	No. de Serie de Fábrica		Matrícula
Categoría del Certificado de Aeronavegabilidad			
No. de Pasajeros	Número de Tripulantes	Fecha de Adquisición:	Nuevo <input type="checkbox"/> Usado <input type="checkbox"/>
Valor de Compra		Valor Actual	
¿Se han modificado las características originales de fábrica? Si ____ No ____ Si es afirmativa su respuesta, explicar: _____ _____			
Uso de la Aeronave			
Límites Geográficos de Aeronavegabilidad			
Equipo Extra por Asegurar _____ _____ _____			

VIII. INFORMACIÓN DEL CASCO Y DE LOS MOTORES

Horas totales de operación desde nuevo	¿Cuántos?	Horas totales de operación desde nuevo
Horas de vuelo estimadas durante el año	Marca	Caballos de Fuerza
Aeropuerto Base	Última fecha de overhaul	Horas de vuelo desde entonces

IX.- EXPERIENCIA DEL PILOTO

Nombre	Clase de Licencia	Horas de Vuelo		¿Cuántos accidentes ha tenido en los últimos 5 años?
		Totales	En este tipo	
Detallar causa de los accidentes _____ _____ _____ _____ _____				

Coberturas	Suma Asegurada	Deducible
I. Pérdida de o Daño a la aeronave		
II. Responsabilidad Legal Ante Terceros (Distintos de los Pasajeros)		
III. Responsabilidad Legal Ante Los Pasajeros		
XI.- RESUMEN DE PRIMAS		

No.	Detalle	Suma Asegurada	Tasa	Prima Neta
1				
2				
La tasa de Conversión que se utilizo fue de:		Prima Neta		
		Impuesto		
		Gastos de Emisión		
Forma de Pago:		PRIMA TOTAL		

Por la presente declaramos que todo lo expuesto por nosotros en el Cuestionario y Solicitud está completo y concuerda con la verdad según nuestro leal saber y entender, y por la presente estamos de acuerdo con que este Cuestionario y Solicitud constituya la base y forme parte de la póliza extendida en relación con el riesgo mencionado arriba. Queda estipulado que la Compañía sólo será responsable en concordancia con los términos de la póliza y que el asegurado no presentará ninguna otra reclamación de la naturaleza que fuere. La Compañía tratará esta información con estricta confidencia- Autorizo a Seguros del Pais, S.A., a poder ingresar a la Central de Riesgo de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros y a las demás centrales de riesgos del Pais, cuando lo estime conveniente para corroborar la información brindada.

Así mismo declaro que he recibido una copia fiel de las condiciones generales de este seguro, las cuales declaro conocer.

Lugar y Fecha:

_____ Nombre del Asegurado o Representante legal según escritura o Poder de Representación	_____ Firma del Asegurado o Representante legal según escritura o Poder de Representación
--	---

Nombre del Intermediario	Código del Intermediario	Zona	% de Comisión	Oficial de Negocios