

**LATINA SEGUROS C.A.
SEGURO DE AVIACIÓN
SOLICITUD DE SEGURO**

SOLICITANTE

Nombre	:				
C.I. / RUC	:				
Dirección	:				
Actividad	:				
Ciudad	:		Provincia	:	
Teléfono	:		Celular	:	
Email	:				
APS	:				

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

Desde	:		Hasta	:	
-------	---	--	-------	---	--

DETALLE DE LA OPERACIÓN

Años de experiencia	:	
Uso de las aeronaves	:	
Límite Geográfico	:	
Base de operación	:	
Utilización de las aeronaves (horas /año)	:	
Utilización hacia y desde USA	:	
Ubicación de las partes y componentes	:	
Quien y donde realiza el mantenimiento de las aeronaves	:	

DETALLE DE LAS AERONAVES

Ítem	1	2	3	4	5	6	7
Tipo							
Marca							
Modelo							
Año							
Matricula							
Serie							
Asientos Tripulación							
Asientos Pasajeros							
Valor acordado							

INFORMACION DE LOS PILOTOS

Ítem	1	2	3	4
Nombre				
Fecha de Nacimiento				
Edad				
Licencia				
Horas Totales				
Horas Monomotores				
Horas Multimotores				
Horas Turbohélices				
Horas Turbo jet				
Horas Helicópteros a pistón				
Horas Helicópteros a turbina				
Horas en Marca / modelo				
Horas últimos 12 meses				

DETALLE DE LAS COBERTURAS SOLICITADAS AERONAVES

Cobertura Solicitadas	Por Persona	Por evento
Responsabilidad Civil		
Accidentes Personales Tripulación		
Gastos Médicos Tripulación		
Accidentes Personales Pasajeros		
Gastos Médicos Pasajeros		

DETALLE DE LAS COBERTURAS SOLICITADAS PILOTOS

Piloto	Pérdida de Licencia	Accidentes Personales	Gastos Médicos

1. ¿Ha tenido asegurado las aeronaves antes de esta solicitud? SI NO
En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda las siguientes preguntas.

2. ¿Le ha sido cancelado alguna vez un seguro? SI NO

3. En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, diga ¿Cuáles fueron los motivos?

4. ¿Ha tenido siniestros en los últimos cinco años?, SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo a LATINA SEGUROS C.A. a verificar la información de este formulario. Declaro bajo juramento que los fondos para el pago de primas, gastos e impuestos en razón o consecuencia de la emisión de pólizas contratadas con LATINA SEGUROS C.A. tienen origen lícito. Eximo (mimos) a LATINA SEGUROS C.A. de toda responsabilidad, inclusive frente a terceros si esta declaración fuese falsa o errónea.

Lugar y Fecha:

Firma del Solicitante

El Asegurado, podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro SCVS-9-10-SF-4-825004420, el 13 de Agosto de 2021.