

SOLICITUD – CUESTIONARIO para SEGURO de AVIACIÓN

DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

NOMBRE:		
(Persona Jurídica o Natural)		
Domicilio:		
Número de RUC:	No. Cédula	Fecha de Nacimiento:
Teléfono:	Telefax:	E-Mail:
Dirección de Cobro:		

En calidad de Dueño () Acreedor () Beneficiario () de la (s) Aeronave () abajo descrita (s), por este medio solicito (amos) a _____ emitir una Póliza de Seguro de Aviación a nombre de:

DATOS PARTICULARES PARA EMITIR LA PÓLIZA

Vigencia: Desde	(00:01 Hrs)	Hasta:	(24:00 Hrs)	Moneda:
Nombre del Asegurado:				
(Persona Jurídica o Natural)				
Lugar de Trabajo o actividad a la que se dedica:				
Domicilio (Dirección Particular):				
Número de RUC:	No. Cédula:	Fecha de Nacimiento:		
Teléfono.	Telefax:	E.Mail:		
Dirección de Cobro:				
CESION de DERECHOS a favor de:				
Monto de la Cesión:				



DESCRIPCIÓN DE LA AERONAVE

1. AERONAVE: (a)	
1.1	Marca de Fábrica :
1.2.	Modelo :
1.3	Número de serie :
1.4.	Año de Construcción :
1.5.	Matrícula :
1.6.	Número Máximo de Asientos/ Pasajeros:
1.7.	Número Máximo de Tripulantes :
1.8.	Categoría :
1.9.	Horas Totales del Fuselaje :
1.10	Horas Desde Nuevo :
1.11	Horas Desde Ultimo Overhaul :
1.12	Fecha :
(a) Sin son más de una aeronave, favor dar estos mismos datos, en hoja por separado.	
2. MOTOR: (b)	
2.1.	Marca del Motor :
2.2.	Número de serie :
2.3	Potencia del Motor en HP :
2.4.	Año de Construcción :
2.5.	Horas Totales del Motor :
2.6.	Horas Desde Nuevo :
2.7.	Horas Desde Ultimo Overhaul :

2.8.	Fecha	:	
2.9.	Horas Totales del Fuselaje	:	

(b) Si son más de un motor, favor dar estos mismos datos, en hoja por separado.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA AERONAVE

Certificado de Aeronavegabilidad	Número:	Vencimiento:
Mantenimiento proporcionado por:		
Equipo Extra Instalado:		
La Aeronave se guarda en: Hangar () Aire Libre ()		
Uso a que se destina la Aeronave: Negocio o Placer () Ayuda Industrial () Privado () Carga Comercial ()		
Comercial Pasajeros () Comercial sin Itinerario () Comercial con Itinerario () Instrucción () Renta ()		
Demostración () Fumigación () Club Aéreo () Otros:		
Promedio de Horas Voladas por Mes :		
Límite Geográfico de Operación :		



INFORMACIÓN SOBRE EL (LOS) PILOTO (S) *c

Nombre y Apellidos	Edad:	Ocupación:		
Licencia No.	Fecha de Vencimiento:	Ultimo Examen Médico		
Tipo de Licencia : Estudiante () Privado () Comercial () Fumigador () Helicóptero ()				
Otros (Favor especificar):				
Número de Cédula:				
¿Ha recibido entrenamiento para vuelos por instrumentos?: Si () No ()				
Horas de Vuelo Totales	En Bimotor	En Helicóptero	En este tipo	Últimos 90 días
¿Ha tenido accidentes en los últimos cinco (5) años?		Si () No () Si su respuesta es afirmativa, favor dar detalles:		

(c) Si son más de un piloto, favor dar estos mismos datos, en hoja por separado.

RECORD DE SINIESTROS DE LA AERONAVE EN LOS ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS

FECHA DE LA PÉRDIDA	CAUSA DEL SINIESTRO	COBERTURA AFECTADA	MONTO DE LA PÉRDIDA

INFORMACIÓN SOBRE AEROPUERTOS

Aeropuerto Base :

Otros donde normalmente opere:

Características del Aeropuerto: Público () Privado () Torre de Control ()

Pistas Pavimentadas () Iluminación de Pistas () Longitud de la Pista: Metros:

COBERTURAS SOLICITADAS	AMPARADO		SUMA ASEGURAR	TOTAL A ASEGURAR
	SI	NO		

SECCIÓN I- PÉRDIDA O DAÑO A LA (S) AERONAVE(S)				
a)	Todo Riesgo en tierra o anclada/amarrada	()	()	
b)	Todo Riesgo en tierra o anclada, en taxeo o en vuelo	()	()	
c)	Quebrantamiento de Garantía	()	()	
COBERTURAS ADICIONALES:				
e)	Huelgas, Tumultos Populares, Conmoción Civil o Disturbios Laborales.	()	()	
f)	Riesgo de Guerra	()	()	
g)	Otros (Especificar)	()	()	



SECCIÓN II-RESPONS. CIVIL FRENTE A TERCEROS (EXCLUYENDO PASAJEROS Y TRIPULANTES)		()	()	L.U.C.	
--	--	-----	-----	--------	--

SECCIÓN III RESPONSABILIDAD CIVIL					
III.1. FRENTE A PASAJEROS					
				Por Pasajero	Total a Asegurar
a)	Muerte Accidental	()	()		
b)	Incapacidad Total Permanente	()	()		
c)	Incapacidad Total Temporal (Semanalidades)	()	()		
d)	Reembolso de Gastos Médicos	()	()		

III.2. FRENTE A TRIPULANTES					
				Por Tripulante	Total a Asegurar
a)	Muerte Accidental	()	()		
b)	Incapacidad Total Permanente	()	()		
c)	Incapacidad Total Temporal (Semanalidades)	()	()		
d)	Reembolso de Gastos Médicos	()	()		

SECCION IV - RESPONSABILIDAD CIVIL LEGAL DAÑOS A LA CARGA O AL EQUIPAJE		()	()	L.U.C.	
---	--	-----	-----	--------	--

SECCION V - PAGOS VOLUNTARIOS		()	()	L.U.C.	
-------------------------------	--	-----	-----	--------	--

SECCION VI - GASTOS MEDICOS PARA OCUPANTES		()	()	L.U.C.	
--	--	-----	-----	--------	--

FORMA DE PAGO DE PRIMA: De Contado () Prima Inicial y 1 cuota () Prima Inicial y 2 cuotas () Prima Inicial y 3 cuotas ()

El suscrito conviene en que esta solicitud se considere como una propuesta en firme, para amparar la(s) aeronave(s) descrita(s), la que en caso de ser aprobada por **MAPFRE SEGUROS NICARAGUA, S.A.** servirá de base para la emisión de la póliza respectiva, de acuerdo con las Condiciones Generales en vigor para Seguro de Aviación.

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE: El solicitante declara y afirma que todos los datos relativos a su nombre y domicilio, descripción de la(s) aeronave(s), uso a que se destinará(n) y todos los demás datos relacionados a tal(es) aeronave(s), son completos y verdaderos, y que solicita el seguro propuesto de acuerdo con las anotaciones y límites indicados en esta solicitud.

AFIRMACIONES DEL INTERMEDIARIO: El suscrito Intermediario declara y afirma que ha verificado todos los datos relativos a la(s) aeronave(s) que se pretende(n) asegurar, que la(s) encontró en perfecto orden y que todo lo asentado en esta solicitud concuerda con la realidad, por lo que recomienda se acepte la presente propuesta, la cual firmo el solicitante en su presencia.

NOTA IMPORANTE:

Este documento, sólo constituye una solicitud de seguro, y por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por MAPFRE SEGUROS NICARAGUA, S.A., ni de que en caso de aceptarse, concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

AL APLICAR ESTA SOLICITUD, EL SOLICITANTE DEBE ADJUNTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:



1. Copia de Certificado de aeronavegabilidad vigente, expedido por la D.G.A.C. de Nicaragua.
2. Reporte de inspección más reciente efectuado por la D. G. A. C. de Nicaragua.
3. Copia de la(s) Licencia(s) del (los) Piloto(s), expedida(s) por la D.G.A. C. de Nicaragua.

FIRMA del SOLICITANTE

LUGAR y FECHA

CORREDURÍA y/o AGENCIA