

**Datos del Solicitante**

RNC \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Empresa \_\_\_\_\_

Persona Física \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

Cédula \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de Nacimiento/Const. \_\_\_\_\_

Cargo u Ocupación \_\_\_\_\_ Nivel Académico/Profesión \_\_\_\_\_

Vehículo  Sí  No Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_

Dirección de Cobro \_\_\_\_\_ Calle y número \_\_\_\_\_ Apartamento y Edificio \_\_\_\_\_  
Sector \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Dirección Domicilio (si la dirección es distinta a la de cobro) \_\_\_\_\_ Calle y número \_\_\_\_\_ Apartamento y Edificio \_\_\_\_\_  
Sector \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Vivienda:  Propia  Alquilada Vigencia del seguro: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Teléfono Res. \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Dirección donde desea le sean remitidos los documentos:  Asegurado  Contratante  Intermediario  Dirección Comercial  Dirección Residencial

Años de experiencia como operador o propietario de aeronaves \_\_\_\_\_ ¿Se ha involucrado en algún accidente en los últimos 5 años?  Sí  No

En caso afirmativo, detalle \_\_\_\_\_

**Datos de la Aeronave a Asegurar**

Tipo de Aeronave:  Helicóptero  Monomotor  Bimotor  Turbo Hélices  Turbo Reactor

Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Año de fabricación \_\_\_\_\_

Chasis/ Serie No. \_\_\_\_\_ Matrícula No. \_\_\_\_\_

Capacidad: Pasajeros \_\_\_\_\_ Tripulantes \_\_\_\_\_ Horas de Fuselaje: Desde nuevo \_\_\_\_\_ Último Overhaul \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Horas de los Motores**

Marca	Serie	HP / Año	Nuevo	U/Overh	Fecha

Certificado Aeronavegabilidad No. \_\_\_\_\_

Fecha de Vencimiento \_\_\_\_\_

Aeropuerto Base \_\_\_\_\_ Uso de la aeronave \_\_\_\_\_

Mantenimiento Pesado por \_\_\_\_\_ Rutinario por \_\_\_\_\_

Límites Geográficos \_\_\_\_\_

**Datos del Piloto (Si hay más de un piloto, favor informar por separado)**

Garantía de Piloto Abierta:  Sí  No (Piloto Nombrado)

\_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Licencia No. \_\_\_\_\_

Tipo de licencia:  Estudiante  Privado  Comercial  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

