



SEGUROS PARA
HELICÓPTEROS

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

Seguro de aeronavegación – Aeronaves de ala rotativa

1. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido / Razón Social:

DNI / CUIT:

Domicilio:

Código Postal:

Localidad:

Provincia:

2. DATOS DEL TITULAR REGISTRAL DE LA AERONAVE

Mismo que el Asegurado: ☐ Si es distinto, por favor complete la información restante:

Nombre y Apellido / Razón Social:

DNI / CUIT:

Domicilio:

Código Postal:

Localidad:

Provincia:

3. DESCRIPCIÓN COMPLETA DEL HELICÓPTERO

Marca:

Modelo:

Matrícula:

Nº de serie:

Año de fabricación:

Peso máximo de despegue:

Valor de la aeronave:

Uso anual estimado (hs):

Tipo de operación (traslado / trabajo aéreo / carga externa / aeromédico):

Base de operaciones:

Taller de mantenimiento:

4. CANTIDAD TOTAL DE PLAZAS

Tripulantes:

Pasajeros:

5. DATOS DE LOS PILOTOS

Piloto 1

Apellido y Nombre:

Fecha de nacimiento:

DNI:

Tipo de licencia:

Nº de licencia:

Horas totales voladas:

Horas en ala rotativa:

Horas en marca y modelo:

Último entrenamiento:

Experiencia siniestral últimos 5 años:

Piloto 2

Apellido y Nombre:

Fecha de nacimiento:

DNI:

Tipo de licencia:

Nº de licencia:

Horas totales voladas:

Horas en ala rotativa:

Horas en marca y modelo:

Último entrenamiento:

Experiencia siniestral últimos 5 años:

Piloto 3

Apellido y Nombre:

Fecha de nacimiento:

DNI:

Tipo de licencia:		Nº de licencia:	
Horas totales voladas:		Horas en ala rotativa:	
Horas en marca y modelo:		Último entrenamiento:	
Experiencia siniestral últimos 5 años:			

6. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Cobertura solicitada	Moneda	Suma asegurada
Casco – Todo riesgo (vuelo, tierra y carreteo)		
Casco – Solo en tierra		
Repuestos		
Responsabilidad civil terceros transportados		
Responsabilidad civil terceros no transportados		
Accidentes personales tripulantes		
Accidentes personales pasajeros		

Sublímites solicitados:	
Deducible:	
Límite geográfico:	

7. OPERACIONES ESPECIALES

Operación	Sí	No
Carga externa (sling)	☐	☐
Aterrizajes fuera de aeródromo habilitado	☐	☐
Operaciones aeromédicas / sanitarias	☐	☐
Trabajo aéreo (fotografía, relevamiento, extinción de incendios)	☐	☐
Vuelos nocturnos	☐	☐
Operación sobre agua o zonas inhóspitas	☐	☐

8. SINIESTROS

¿Ha sufrido siniestros en los últimos cinco (5) años?

En caso afirmativo, detalle fechas, causas, montos y medidas adoptadas para evitar su repetición:

9. OBSERVACIONES
