

**SEGURO AVIACIÓN
COMERCIAL**
SOLICITUD DE SEGURO



Fecha: 12/12/2024

Código: **SGC-GTE-SUS-P01-F18**

Ver: 4.0

NOTA: Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por MNK SEGUROS, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Lugar:	Fecha:
---------------	---------------

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL:				Actividad Económica
Cédula de identidad o jurídica:		Dirección Postal		Correo Electrónico
Dirección:	Provincia	Cantón	Distrito	Otras señas:
Teléfonos:	Celular	Trabajo	Habitación	Fax
Dirección de cobro:				

DATOS DEL ASEGURADO (Llenar solo en caso de que sea diferente al Tomador)

NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL:				Actividad Económica
Cédula de identidad o jurídica:		Dirección Postal		Correo Electrónico
Dirección:	Provincia	Cantón	Distrito	Otras señas:
Teléfonos:	Celular	Trabajo	Habitación	Fax
Dirección de cobro:				

DATOS DEL OBJETO DEL INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO

Datos del Avión

MATRICULA	MARCA	MODELO	Nº SERIE	AÑO CONSTRUCCIÓN
No. TRIPULANTES	No. PASAJEROS AUTORIZADOS	# CERT. AERONAVEGABILIDAD	TIPO CERTIFICADO AERONAVEG. ESTÁNDAR <input type="checkbox"/> ESPECIAL <input type="checkbox"/>	# CERTIFICADO MATRÍCULA
MOTORES O TURBINAS	MARCA	MODELO	SERIE	POTENCIA (HP)

USO DE LA AERONAVE	PLACER / PRIVADO <input type="checkbox"/>	INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>	COMERCIAL – TAXI AÉREO <input type="checkbox"/> FUMIGACIÓN <input type="checkbox"/>	ALQUILER <input type="checkbox"/>
VALOR DE LA AERONAVE	¢	TIPO DE AERONAVE	ALA FIJA <input type="checkbox"/> MONOMOTOR <input type="checkbox"/> TREN DELANTERO FIJO <input type="checkbox"/> CONVENCIONAL <input type="checkbox"/>	HELICÓPTERO <input type="checkbox"/> BIMOTOR <input type="checkbox"/> Ó RETRACTIL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> TREN <input type="checkbox"/>

Opción	EXPERIENCIA DE TRIPULANTES			
	PILOTOS NOMBRADOS	No. De licencia	Experiencia en horas totales	EXPERIENCIA EN TIPO Y MODELO
1	1			
	2			
	3			
2	Pilotos SIN NOMBRAR:	Tipo de licencia: Privada <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/>	Experiencia mínima en horas totales :	Experiencia mínima en tipo y modelo :

DATOS GENERALES SOBRE LA OPERACIÓN DEL RIESGO			
AERÓDROMO BASE DE LA AERONAVE:	PROVINCIA:	CANTÓN:	DISTRITO:
OTRAS SEÑAS (N° de hangar etc.):	LA AERONAVE SE GUARDA BAJO TECHO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
TIPO MANTENIMIENTO	Mecánicos propios <input type="checkbox"/> Taller reparador <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> Indique:		
PROGRAMA MANTENIMIENTO	Conforme el fabricante <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Por ciclos <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro (indique)		
BITACORAS DE MANTENIMIENTO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIPO BITACORAS	MANUAL <input type="checkbox"/> PROGRAMA INFORMATICO <input type="checkbox"/>
ENCARGADO MANTENIMIENTO			

PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO	
Vigencia Desde:	Hasta:

MONTO POR COBERTURAS A SUSCRIBIR Y DEDUCIBLES																		
MARQUE LAS COBERTURAS QUE DESEA INCLUIR:		MONTO ASEGURADO POR COBERTURA	DEDUCIBLES															
Co b. A <input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil Extracontractual NO PASAJEROS	LUC <input checked="" type="checkbox"/>	Esta cobertura opera sin la aplicación de deducible.															
Co b. B <input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil Extracontractual Lesión o Muerte de personas PASAJEROS	¢ _____	Esta cobertura opera sin la aplicación de deducible, excepto si al momento del accidente la aeronave es operada por un piloto cuya experiencia sea inferior a la declarada en la Solicitud de Seguro, en cuyo caso operara un deducible fijo de US\$300 por evento.															
Co b. C <input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil Extracontractual Daños a carga, equipaje y equipaje de mano.	\$ _____																
Co b. F <input type="checkbox"/>	Daño directo a la aeronave: CASCO	¢ _____ \$ _____	<table border="1"> <tr> <td>Uso de la aeronave</td> <td>En Vuelo, Taxeo o taxeo y/o rotores en movimiento</td> <td>En tierra / Rotores sin movimiento</td> </tr> <tr> <td>- Placer o Privado - Negocios</td> <td>2% S.V.A. Mínimo US\$2.000,00</td> <td>1% S.V.A. Mínimo US\$1.000,00</td> </tr> <tr> <td>- Ayuda Industrial</td> <td>2.5% S.V.A. Mínimo US\$2.000,00</td> <td>1% S.V.A. Mínimo US\$1.000,00</td> </tr> <tr> <td>- Comercial – Taxi Aéreo</td> <td>5% S.V.A. Mínimo US\$5.000,00</td> <td>1% S.V.A. Mínimo US\$1.000,00</td> </tr> <tr> <td>-Comercial Instrucción / Fumigación Aérea / Alquiler</td> <td>10% S.V.A. Mínimo US\$1.000,00</td> <td>1% S.V.A. Mínimo US\$2.500,00</td> </tr> </table>	Uso de la aeronave	En Vuelo, Taxeo o taxeo y/o rotores en movimiento	En tierra / Rotores sin movimiento	- Placer o Privado - Negocios	2% S.V.A. Mínimo US\$2.000,00	1% S.V.A. Mínimo US\$1.000,00	- Ayuda Industrial	2.5% S.V.A. Mínimo US\$2.000,00	1% S.V.A. Mínimo US\$1.000,00	- Comercial – Taxi Aéreo	5% S.V.A. Mínimo US\$5.000,00	1% S.V.A. Mínimo US\$1.000,00	-Comercial Instrucción / Fumigación Aérea / Alquiler	10% S.V.A. Mínimo US\$1.000,00	1% S.V.A. Mínimo US\$2.500,00
Uso de la aeronave	En Vuelo, Taxeo o taxeo y/o rotores en movimiento	En tierra / Rotores sin movimiento																
- Placer o Privado - Negocios	2% S.V.A. Mínimo US\$2.000,00	1% S.V.A. Mínimo US\$1.000,00																
- Ayuda Industrial	2.5% S.V.A. Mínimo US\$2.000,00	1% S.V.A. Mínimo US\$1.000,00																
- Comercial – Taxi Aéreo	5% S.V.A. Mínimo US\$5.000,00	1% S.V.A. Mínimo US\$1.000,00																
-Comercial Instrucción / Fumigación Aérea / Alquiler	10% S.V.A. Mínimo US\$1.000,00	1% S.V.A. Mínimo US\$2.500,00																
Co b. G <input type="checkbox"/>	Tripulantes: ASIENTO DE PILOTO	¢ _____	Esta cobertura opera sin la aplicación de deducible															

		\$ _____	
Co b. <input type="checkbox"/>	GUERRA (AVN52 E)	¢ _____ \$ _____	Aplica el deducible que corresponda a las coberturas afectadas.

COBERTURAS ESPECIALES

Co b. <input type="checkbox"/>	MOTOR DE LA AERONAVE ASEGURADA (AVN56)	¢ _____ \$ _____	No posee deducibles
Co b. <input type="checkbox"/>	GASTOS RAZONABLES (AVN76)	10% del valor acordado para la aeronave asegurada	No posee deducibles
Co b. <input type="checkbox"/>	DESAPARICIÓN MISTERIOSA (NMA 1442)	¢ _____ \$ _____	Aplica deducibles de la Cobertura de CASCO

BASE DE ASEGURAMIENTO DE LA AERONAVE:

VALOR DE REPOSICION VALOR REAL EFECTIVO VALOR CONVENIDO

EQUIPOS ESPECIALES CON QUE CUENTA LA AERONAVE

DESCRIPCIÓN:	MONTO DE SEGURO:	DESCRIPCIÓN:	MONTO DE SEGURO:

MODO DE PAGO

- Cargo automático a tarjeta de Débito/Crédito (Se debe adjuntar el formulario de autorización)
- Dedución de Cuenta Bancaria del Cliente (Se debe adjuntar el formulario de autorización)
- Directo en Caja y/o Cobro en línea
- Depósito en cuentas de MNK SEGUROS

FORMA DE PAGO

Periodicidad	Recargo Pago Fraccionado Colones	Recargo Pago Fraccionado Dólares
<input type="checkbox"/> Anual	No tiene	No tiene
<input type="checkbox"/> Semestral	4% sobre Prima anual	2% sobre Prima anual
<input type="checkbox"/> Trimestral	6% sobre prima anual	3% sobre prima anual
<input type="checkbox"/> Mensual	8% sobre prima anual	4% sobre prima anual

OTROS TEMAS

COTIZACIÓN EMISIÓN PÓLIZA N°: _____ MODALIDAD DE MONEDA: COLONES DÓLARES VARIACIÓN

DATOS DEL ACREEDOR

NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL: _____ CÉDULA DE IDENTIDAD O JURÍDICA: _____

Dirección Postal: _____ Correo Electrónico: _____ Teléfono oficina: _____ Fax: _____

DIRECCIÓN Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____ Otras señas: _____

ACREENCIA	Grado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monto:		Rubro:	
		Hipotecaria	Prendaria				

LIMITES GEOGRAFICOS DE OPERACIÓN

COSTA RICA CENTROAMERICA CENTROAMERICA Y EL CARIBE CONTINENTE AMERICANO OTROS:

Indique

¿HAN OCURRIDO SINIESTROS ANTERIORES A LA AERONAVE? NO SI, DETALLE:

Fecha:	Monto del siniestro:	Nombre de la Aseguradora:	Póliza N°:

PLURALIDAD DE SEGUROS

DETALLE LAS PÓLIZA QUE HA TENIDO (O TIENE) SOBRE LA MISMA PROPIEDAD AQUÍ DESCRITA

Incluye nombre de la aseguradora, vigencia, número de póliza y suma asegurada:

--

DETALLE SINIESTROS ANTERIORES SOBRE LA PROPIEDAD AQUÍ DESCRITA

Incluya fecha del evento, monto de la pérdida, nombre de la aseguradora y número de póliza:

--

DECLARACIONES

- Declaro como solicitante mediante la firma en esta solicitud, que la información que doy es veraz, objetiva, no es reticente ni falsa sobre hechos o circunstancias que conocidos por MNK SEGUROS hubiera influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones; reconozco que de haber reticencia o falsedad, se producirá nulidad del contrato. Asimismo, me comprometo a tomar las medidas de precaución y de prevención, oportunas y necesarias para proteger y salvaguardar mi interés asegurable en el desempeño de mi profesión. Esta solicitud no implica compromiso alguno de mi parte de aceptar la Póliza emitida por MNK SEGUROS. Esta solicitud no obliga a MNK SEGUROS a emitir la Póliza solicitada en mi condición de Tomador de la misma.

- Declaro a través de esta Solicitud que el dinero utilizado para el pago de la Prima de la Póliza suscrita proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tienen relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones a que se refiere la Ley sobre estupefacientes, sustancias sicotrópicas, drogas de uso no autorizado y actividades conexas (Ley 8204 de la República de Costa Rica).

Proceso de Análisis (Aceptación o Rechazo)

-USO EXCLUSIVO DE MNK SEGUROS -

La Solicitud de Seguro que cumpla con todos los requerimientos de MNK SEGUROS deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de 30 días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si MNK SEGUROS no se pronuncia dentro del plazo establecido, la Solicitud de Seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, MNK SEGUROS deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de 2 meses.

		Fecha:	Observaciones:
--	--	--------	----------------

ACEPTADO <input type="checkbox"/>	RECHAZADO <input type="checkbox"/>		
FUNCIONARIO AUTORIZADO:		INSTANCIA/DEPARTAMENTO:	NOTA: El solicitante tendrá derecho a recibir información sobre el estatus de esta solicitud o bien solicitar reconsideración sobre una decisión disconforme, para lo cual podrá dirigirse al mismo funcionario y departamento que ha firmado este proceso de análisis (aceptación o rechazo). MNK SEGUROS deberá responder dentro de los siguientes 30 días naturales contados desde la última comunicación recibida. Las comunicaciones serán regidas por la cláusula de Comunicaciones establecida en Condiciones Generales.

INFORMACIÓN PREVIA AL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO

- Declaro como solicitante haber recibido o tenido acceso a la información relativa al contrato de seguro previo al perfeccionamiento de la cobertura del seguro; particularmente he tenido acceso a las Condiciones Generales de este seguro y manifiesto haberlas entendido, aceptándolas con la firma de la presente solicitud de seguro.

- He sido informado que: **a)** Una vez suscrito el contrato, se me entregará la Póliza de Seguro correspondiente; **b)** Tengo derecho a solicitar en cualquier momento copia de esta información y la correspondiente a sus modificaciones y adiciones, y; **c)** Puedo además consultar las condiciones generales a través de la dirección electrónica: www.mnkseguros.com

	SI ES PERSONA JURÍDICA, ANOTAR: Nombre: _____ Puesto: _____	
FIRMA Y N° DE CÉDULA DEL SOLICITANTE		NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número G03-47-A13-700 V 4.0 de fecha 29 de agosto 2025.