



# RURALES

## SOLICITUD DE SEGURO

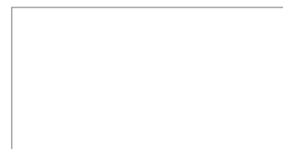
### VIDA ANIMAL - Bovinos, Ovinos y Equinos

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° \_\_\_\_\_ Cliente N° \_\_\_\_\_

Póliza N° \_\_\_\_\_ Cotización N° \_\_\_\_\_

Si el Contratante es una persona distinta al Asegurado, sírvase completar el formulario Datos del Contratante (F. 2434) y adjuntar al presente.



SELLO DE ENTRADA

#### DATOS DEL ASEGURADO

**Persona** Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

C.I.  N° \_\_\_\_\_ Doc. extranjero  Tipo \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Fecha nacim. \_\_\_\_\_ Actividad principal \_\_\_\_\_ otra actividad \_\_\_\_\_

Sexo: femenino  masculino  Estado Civil \_\_\_\_\_

**Empresa** Razón Social \_\_\_\_\_ Giro \_\_\_\_\_

Nombre de Fantasía \_\_\_\_\_ Emp. Unipersonal: Sí  No  RUT \_\_\_\_\_

#### Domicilio real del Asegurado

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Unidad \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_ Esq. \_\_\_\_\_

Solar N° \_\_\_\_\_ Manzana N° \_\_\_\_\_ Km. \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

E-mail principal \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

#### Persona Expuesta Políticamente (PEP)

Se entiende por "personas expuestas políticamente" a las personas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas de importancia en el país o en el extranjero, tales como: Jefes de Estado o de Gobierno, políticos de jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, empleados importantes de partidos políticos, directores y altos funcionarios de empresas estatales y otras entidades públicas (Art. 76 de la R.N.S.R.).

1- ¿Es usted una persona expuesta políticamente? Sí  No

En caso afirmativo, sírvase indicar el cargo desempeñado \_\_\_\_\_

2- ¿Está vinculado con una persona expuesta políticamente? Sí  No

En caso afirmativo, sírvase indicar el vínculo \_\_\_\_\_

**Nota:** Si respondió afirmativamente a la pregunta 1, deberá completar el formulario correspondiente a Personas Políticamente Expuestas (Fórm. 3235) y si respondió afirmativamente a la pregunta 2, el formulario correspondiente a Debida diligencia - Persona Física (Fórm. 3209).

#### DATOS DEL CONTRATO

**Forma de pago** Moneda: \$  U\$S

Contado  Financiado  Cant. de cuotas \_\_\_\_\_ aclaración en letras: \_\_\_\_\_

Indicar el día fijo del mes para el vencimiento de las facturas \_\_\_\_\_ aclaración en letras \_\_\_\_\_

**Envío de Factura** Por e-mail  dirección de e-mail \_\_\_\_\_ A domicilio

**Si la Dirección de entrega de la Factura no es la misma que el Domicilio real del Asegurado, llene a continuación**

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Unidad \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_ Esq. \_\_\_\_\_

Solar N° \_\_\_\_\_ Manzana N° \_\_\_\_\_ Km. \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

**Envío de Documentación** Por e-mail  dirección de e-mail \_\_\_\_\_

Domicilio real del Asegurado  Mismo domicilio de entrega de factura

**Vigencia del seguro** Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

**Cesión de derechos** Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_



## DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre \_\_\_\_\_ DICOSE \_\_\_\_\_  
Departamento \_\_\_\_\_ **Georreferenciación (Grados Decimales)** Lat. \_\_\_\_\_ Long. \_\_\_\_\_  
(ej.: Lat -34.9035 Long. -56.1937)

## ANIMALES Y COBERTURAS A ASEGURAR

Nombre del animal \_\_\_\_\_ N° tatuaje/RP \_\_\_\_\_ Id. electrónica \_\_\_\_\_ Categoría \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_ Capital \_\_\_\_\_

Especie  Bovinos  Ovinos  Equinos

Coberturas adicionales Vida Animal  Transporte  Integral reproductivo  MAU  Cría al Pie   
Post Esquila  Ataque de Predadores  Incapacidad Funcional

## ANIMALES Y COBERTURAS A ASEGURAR

Nombre del animal \_\_\_\_\_ N° tatuaje/RP \_\_\_\_\_ Id. electrónica \_\_\_\_\_ Categoría \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_ Capital \_\_\_\_\_

Especie  Bovinos  Ovinos  Equinos

Coberturas adicionales Vida Animal  Transporte  Integral reproductivo  MAU  Cría al Pie   
Post Esquila  Ataque de Predadores  Incapacidad Funcional

## ANIMALES Y COBERTURAS A ASEGURAR

Nombre del animal \_\_\_\_\_ N° tatuaje/RP \_\_\_\_\_ Id. electrónica \_\_\_\_\_ Categoría \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_ Capital \_\_\_\_\_

Especie  Bovinos  Ovinos  Equinos

Coberturas adicionales Vida Animal  Transporte  Integral reproductivo  MAU  Cría al Pie   
Post Esquila  Ataque de Predadores  Incapacidad Funcional

## ANIMALES Y COBERTURAS A ASEGURAR

Nombre del animal \_\_\_\_\_ N° tatuaje/RP \_\_\_\_\_ Id. electrónica \_\_\_\_\_ Categoría \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_ Capital \_\_\_\_\_

Especie  Bovinos  Ovinos  Equinos

Coberturas adicionales Vida Animal  Transporte  Integral reproductivo  MAU  Cría al Pie   
Post Esquila  Ataque de Predadores  Incapacida Funcional

### ANIMALES Y COBERTURAS A ASEGURAR

Nombre del animal    N° tatuaje/RP    Id. electrónica    Categoría    Sexo    Raza    Fecha de nac.    Capital

---

Especie     Bovinos     Ovinos     Equinos

Coberturas adicionales    Vida Animal     Transporte     Integral reproductivo     MAU     Cría al Pie   
Post Esquila     Ataque de Predadores     Incapacidad Funcional

### ANIMALES Y COBERTURAS A ASEGURAR

Nombre del animal    N° tatuaje/RP    Id. electrónica    Categoría    Sexo    Raza    Fecha de nac.    Capital

---

Especie     Bovinos     Ovinos     Equinos

Coberturas adicionales    Vida Animal     Transporte     Integral reproductivo     MAU     Cría al Pie   
Post Esquila     Ataque de Predadores     Incapacidad Funcional

### ANIMALES Y COBERTURAS A ASEGURAR

Nombre del animal    N° tatuaje/RP    Id. electrónica    Categoría    Sexo    Raza    Fecha de nac.    Capital

---

Especie     Bovinos     Ovinos     Equinos

Coberturas adicionales    Vida Animal     Transporte     Integral reproductivo     MAU     Cría al Pie   
Post Esquila     Ataque de Predadores     Incapacidad Funcional

### ANIMALES Y COBERTURAS A ASEGURAR

Nombre del animal    N° tatuaje/RP    Id. electrónica    Categoría    Sexo    Raza    Fecha de nac.    Capital

---

Especie     Bovinos     Ovinos     Equinos

Coberturas adicionales    Vida Animal     Transporte     Integral reproductivo     MAU     Cría al Pie   
Post Esquila     Ataque de Predadores     Incapacidad Funcional

### ANIMALES Y COBERTURAS A ASEGURAR

Nombre del animal    N° tatuaje/RP    Id. electrónica    Categoría    Sexo    Raza    Fecha de nac.    Capital

---

Especie     Bovinos     Ovinos     Equinos

Coberturas adicionales    Vida Animal     Transporte     Integral reproductivo     MAU     Cría al Pie   
Post Esquila     Ataque de Predadores     Incapacidad Funcional

## ANIMALES Y COBERTURAS A ASEGURAR

Nombre del animal    N° tatuaje/RP    Id. electrónica    Categoría    Sexo    Raza    Fecha de nac.    Capital

---

Especie     Bovinos     Ovinos     Equinos

Coberturas adicionales    Vida Animal     Transporte     Integral reproductivo     MAU     Cría al Pie   
Post Esquila     Ataque de Predadores     Incapacidad Funcional

## RECORDATORIO

Esta solicitud debe ser acompañada del informe veterinario correspondiente, de acuerdo a los formularios tipo del BSE para cada especie. Se debe completar un informe veterinario para cada animal asegurado.

El/los animal/es se encuentra/n cubierto/s mientras se encuentre/n en la ubicación detallada en la presente solicitud, cualquier cambio de ubicación del/los animal/es asegurado/s debe ser informado y aceptado por el BSE para continuar con la cobertura.

Se debe completar un formulario por establecimiento.

## DECLARACIÓN

Declaramos conocer y haber sido instruidos sobre el contenido de las cláusulas de las Condiciones Generales del Seguro de Vida Animal, bajo las cuales el Banco de Seguros del Estado asume el riesgo que proponemos, así como las establecidas en la presente solicitud, las aceptamos en su totalidad y garantizamos que cada una de las respuestas que hemos dado en esta solicitud es amplia, correcta y exacta.

Fecha     Firma del Proponente \_\_\_\_\_    Aclaración firma \_\_\_\_\_  
C.I.    código serial \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DEL CORREDOR

Vistas las características y condiciones del riesgo, no tengo observaciones que formular a la precedente información.

Corredor N° \_\_\_\_\_    Firma del Corredor \_\_\_\_\_    Aclaración de firma \_\_\_\_\_

