

RURALES

SOLICITUD DE SEGURO INCENDIO MADERA APEADA Y APILADA EN EL MONTE

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° Cliente N°								
Póliza N° Cotización N°								
COTIZACIÓN SEGURO AL FIRME								
Si el Contratante es una persona distinta al Asegurado, (F. 2434) y adjuntar al presente.	sírvase comp	oletar el formula	ario Datos d	el Contratante	SELLO DE ENTRADA			
DATOS DEL ASEGURADO Persona Apellido	S			Nombres				
C.I. N° Doc. extran		00 P	País	N°	0			
Fecha nacim. Actividad pr			otra	a actividad				
Sexo: femenino masculino Estado Civ	-							
Empresa Razón Social		Giro						
Nombre de Fantasía		Emp. Unipersonal: Sí No RUT						
Indique si es Propietario Arrendatario	Otro	(especificar)						
Domicilio real del Asegurado								
Calle	N°	Unidad	Apto.	Esq.				
Solar N° Manzana N° Km.	Ruta	Teléfono		Celular	C.P.			
E-mail principal	Localida	ad		D	epartamento			
Persona Expuesta Políticamente (PEP)								
otras entidades públicas (Art. 76 de la R.N.S.R.). En caso afirmativo, sírvase indicar el cargo dese	mpeñado	usted una pers			_			
	stá vinculado	con una pers	ona expue	sta políticame	nte? Sí No No			
En caso afirmativo, sírvase indicar el vínculo Nota: Si respondió afirmativamente a la pregunta 1, deber	á completar el	formulario corro	spondionto	Dorconas Políti	icamento Evaluetas (Férm. 2025			
y si respondió afirmativamente a la pregunta 2 , el form	•		•					
y si respondio animativamente a la pregunta 2, el lonni	ulario corresp	ondiente a Deb	ilua ulligeric	1a - Feisolia I is	sica (1 01111. 3203).			
DATOS DEL CONTRATO Forma de pago Mo Contado Financiado Cant. de cuotas		U\$S ación en letras	:					
Indicar el día fijo del mes para el vencimiento de las	facturas	acla	ración en l	etras				
Medio de pago Locales de cobranza Débito ba	ancario o Tar	eta de crédito	Otro	detalle				
Si es débito o tarjeta, deberá adjun	tar formulario	os correspondie	entes.					
Envío de Factura Por e-mail dirección de e-mai	I				A domicilio			
Si la Dirección de entrega de la Factura no es la mi	isma que el l	Domicilio real	del Asegura	ado, llene a co	ontinuación			
Calle	N°	Unidad	Apto.	Esq.				
Solar N° Manzana N° Km.	Ruta	Teléfono		Celular	C.P.			
Localidad Depart	tamento							
Envío de Documentación Por e-mail dirección d	e e-mail							
Domicilio real del Asegurado Mismo domicilio d	e entrega de	factura 🗌						
	_							



Vigencia del seguro Desde		hasta							
Cesión de derechos a favor de									
<u>C.I.</u>	RUT								
Hasta la suma de	aclaración en letras:								
Capital total propuesto	Capital total propuesto aclaración en letras:								
,			_						
UBICACIÓN DEL MONTE	A COSECHAR								
Departamento	Localidad			Paraje					
Sección Judicial	Seccional Policia	<u></u>							
Padrones									
Nombre establecimiento									
Coordenadas GPS									
Acceso por Ruta K	m Cen	ntro poblado más	cercano		a	km			
INFORMACIÓN DEL MON	TE A COSECHAR		_						
	TE A COSECHAR			Año de plantación	Compatible of alice (least	1			
Especie forestal				o de último corte	Superficie efectiva (hec	tareas)			
DATOS DE LA MADERA									
Especies a cosechar			Altura de	las pilas					
Total de hectáreas		Largo de las pilas							
Largo de trozas o rolos		Distancia entre pilas							
Trozas o rolos descortezados: Sí No		Valor del metro cúbico							
Volumen total (metros cúbicos)		Capital total propuesto							
		-							
ADJUNTAR Croquis de acc	eso al establecimie	nto y explicación	de la forma	a de acceso.					
IMPORTANTE		.,							
La presentación de esta solicitudo rechazar la misma o condicional	la al cumplimiento d	de los requisitos	por parte de de asegurab	el Banco de Seguros d vilidad exigidos para la	el Estado, quien librement I suscripción del seguro, lo	e podrá s cuales			
podrán determinar el rechazo de La categoría leña queda excluida		ta.							
- ,									
DECLARACIÓN DEL ASEC	GURADO								
Declaramos conocer y haber side Seguros del Estado asume el ries	o instruidos sobre el	contenido de las	cláusulas d	le las Condiciones Ger	nerales bajo las cuales el B	anco de			
hemos dado en esta solicitud es a	amplia, correcta y ex	acta.	ch sa totali	add y garantizamos q	ac cada ana ac las respac.	nas que			
Fecha	Firma del Asegura	ado		Aclaración firm	a				
C.I. código se	erial								
DECLARACIÓN DEL CORI	3 E D J D J R	s características nte información.	-	es del riesgo, no teng	o observaciones que form	ular a la			
Corredor N°	Firma del Corredo	r	Acla	ración de firma					
E-mail	-			Teléfono	Celular				

