



RURALES

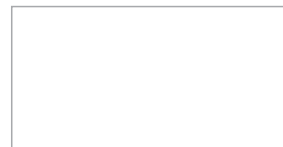
SOLICITUD DE SEGURO GRANIZO Y ADICIONALES PRODUCCIÓN FURTIHORTÍCOLA



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, 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 _____

Arrendatario _____

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 Un pago al vencimiento Cuotas (cantidad) _____

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 A favor de _____

C.I. _____ RUT _____

Hasta la suma de _____ en letras _____

UBICACIÓN DEL RIESGO

Departamento _____ Km. _____ Ruta _____

Referencias de acceso al predio _____

Estación Meteorológica de referencia (a los efectos del Adicional de Exceso Hídrico en Hortalizas) _____

Adjuntar imagen satelital (Google Earth, Google Maps, Etc.) identificando los bienes a asegurar de acuerdo a la numeración asignada en el formulario.

REGISTRO MGAP

Tipo de registro _____

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

Aclaración: La cobertura de Viento en Cosecha, rige sólo para Duraznos, Nectarinos, Manzanos, Perales o Ciruelos (excepto Santa Rosa).

La cobertura de Exceso Hídrico en Hortalizas rige solamente durante el periodo de cosecha.

CULTIVO N°	MGAP	Tipo de cultivo	Sup. (ha.)	Aforo (U\$S/ha.)	Latitud	Longitud	Condición	Riesgos Adicionales			
								V	M	I	Mes
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Referencias

Riesgos Adicionales

V - VIENTOS I - ÍNDICE HORTÍCOLA (debe indicar mes o meses de cobertura) M - NYLON MICROTÚNELES

Condición

EA - Exceso de área SR - Sin registrar S - Sobreaforo N - Ninguno

OBSERVACIONES

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Existe otro seguro sobre este cultivo o parte de él efectuado por el Solicitante

o cualquier otra persona que tenga interés en el mismo? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, sírvase indicar el Capital _____ y a nombre de quién _____

¿Hay daños ya existentes en el cultivo? Sí No estimado _____ %

DECLARACIÓN

Declaramos conocer y haber sido instruidos sobre el contenido de las cláusulas de las Condiciones Generales bajo las cuales el Banco de Seguros del Estado asume el riesgo que proponemos, 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 de la firma , en la Localidad _____

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

Para cotizar y/o contratar este producto con convenio MGAP el cliente deberá presentar copia del documento de registro emitido por el organismo que corresponda.

