



RURALES

SOLICITUD DE SEGURO INCENDIO Y HTT MONTES FRUTALES CONVENIO MGAP BSE

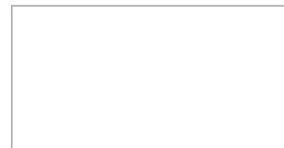
Complete este formulario marcando lo que corresponda

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 Financiado Cant. de cuotas _____

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

Medio de pago Locales de cobranza Débito bancario o Tarjeta de crédito Otro detalle _____

Si es débito o tarjeta, deberá adjuntar formularios correspondientes. _____

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



Cesión de derechos A favor de _____

C.I. _____ RUT _____ Hasta la suma de _____

UBICACIÓN DEL RIESGO

Localidad _____ Departamento _____

Referencias de acceso al predio _____

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

<u>Cultivo o estructura de sostén</u>	<u>Sup. (hás.)</u>	<u>Aforo (U\$S/há.)</u>	<u>Padrón, Georeferenciación o Identificación de la Chacra</u>
<u>01</u>	_____	_____	_____
<u>02</u>	_____	_____	_____
<u>03</u>	_____	_____	_____
<u>04</u>	_____	_____	_____
<u>05</u>	_____	_____	_____
<u>06</u>	_____	_____	_____
<u>07</u>	_____	_____	_____
<u>08</u>	_____	_____	_____

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 _____ %

ES OBLIGATORIO ADJUNTAR PLANO O CROQUIS DE LOS CULTIVOS O ESTRUCTURAS A ASEGURAR

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 Firma del Asegurado _____ 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 _____

