



# RURALES

## SOLICITUD DE SEGURO GRANIZO



Complete este formulario marcando lo que corresponda

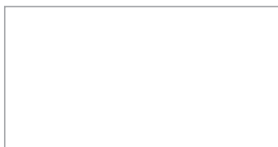
CON CONVENIO MGAP  SIN CONVENIO MGAP

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

Localidad \_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_

Referencias de acceso al predio \_\_\_\_\_

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

### 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   | Sup. (hás.) | Aforo (U\$\$/há.) | Padrón, Georeferenciación o Identificación de la Chacra | Cobertura Viento         | Indice Hortícola         | Mes   |
|-----------|-------------|-------------------|---|--------------------------|--------------------------|-------|
| <u>01</u> | _____       | _____             | _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <u>02</u> | _____       | _____             | _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <u>03</u> | _____       | _____             | _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <u>04</u> | _____       | _____             | _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <u>05</u> | _____       | _____             | _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <u>06</u> | _____       | _____             | _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <u>07</u> | _____       | _____             | _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <u>08</u> | _____       | _____             | _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <u>09</u> | _____       | _____             | _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <u>10</u> | _____       | _____             | _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <u>11</u> | _____       | _____             | _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

### 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 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 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.**

