



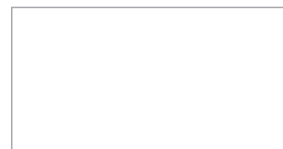
# RURALES

## SOLICITUD DE SEGURO

### VIDA ANIMAL - Vacunos, Ovinos y Suinos

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° \_\_\_\_\_ Cliente N° \_\_\_\_\_  
Póliza N° \_\_\_\_\_ Cotización N° \_\_\_\_\_



SELLO DE ENTRADA

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

#### 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 \_\_\_\_\_ 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 ANIMAL

**Nombre del animal** \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_

Número de inscripción (A.R.U.) \_\_\_\_\_ Identificación electrónica \_\_\_\_\_

**Tatuaje Oreja**  derecha  izquierda

**Verija**  derecha  izquierda

**Sexo** hembra  macho  **Raza** \_\_\_\_\_

**Particularidades** \_\_\_\_\_

**Lugar donde se encuentra el animal** \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL CONTRATO

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

#### CAPITAL SOLICITADO

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 \_\_\_\_\_

**UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE DESTINO**

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Unidad \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_  
Padrón N° \_\_\_\_\_ Solar N° \_\_\_\_\_ Manzana N° \_\_\_\_\_ Km. \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

**PROCEDENCIA**

**SANIDAD**

**OBSERVACIONES**

**IMPORTANTE (para vacunos solamente)**

Tratándose de reproductores bovinos, el Asegurado (mediante especificación especial en las Condiciones Particulares del Riesgo Integral) podrá hacer que esta póliza, cubra el riesgo de imposibilidad y/o inutilización total y permanente para prestar servicios como reproductor, a consecuencia de accidente ocurrido o enfermedad contraída durante la vigencia de la póliza. Por lo tanto queda entendido que no serán comprendidas en el riesgo las taras congénitas y/o heredadas. Se considerará incapacidad total y permanente para cumplir funciones de reproductor, toda lesión que después de curada deje una inutilización absoluta y definitiva para el trabajo destinado.

Sírvase responder: Sí  No

**INFORME DEL VETERINARIO**

**Certifico** Que con fecha \_\_\_\_\_ examiné clínicamente en el establecimiento

ubicado en \_\_\_\_\_ el animal cuya reseña figura más delante,

propiedad de \_\_\_\_\_, no encontrándole ningún síntoma de enfermedad ni

lesión alguna que lo inhabilite para cumplir las funciones de reproductor.

**Sexo** hembra  macho  **Raza** \_\_\_\_\_

**Tabla dentaria** \_\_\_\_\_

**Pelaje** \_\_\_\_\_

**Particularidades**

**Señales (observado de frente)**



Identificación electrónica \_\_\_\_\_

**Tatuaje Oreja**  derecha  izquierda

**Verija**  derecha  izquierda

**Cuernos** derecho

izquierdo

**Tuberculización** \_\_\_\_\_

**Reacción serológica para el bang** \_\_\_\_\_

**Vacunas**

**Ubicación del establecimiento** Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Unidad \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_  
Padrón N° \_\_\_\_\_ Solar N° \_\_\_\_\_ Manzana N° \_\_\_\_\_ Km. \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

**Comodidades**

**Estado físico**

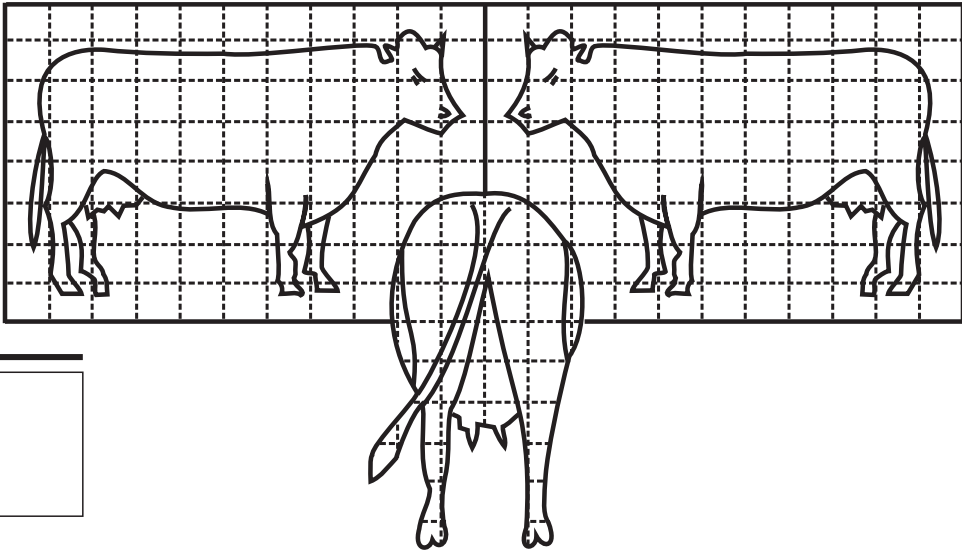
**Tasación**

**Reseña del animal (véase al dorso)**

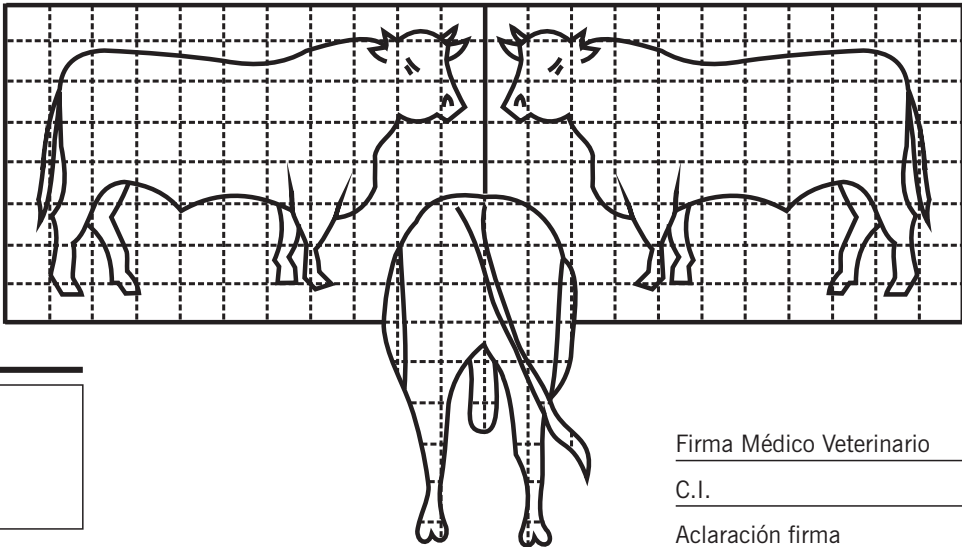
**Observaciones** \_\_\_\_\_

Firma Médico Veterinario \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ Aclaración de firma \_\_\_\_\_

**RESEÑA DEL ANIMAL**

Lado derecho  Lado izquierdo

Marca

Lado derecho  Lado izquierdo

Marca

Firma Médico Veterinario \_\_\_\_\_  
C.I. \_\_\_\_\_  
Aclaración firma \_\_\_\_\_

## RECORDATORIO

A esta solicitud debe acompañarse el certificado extendido en el formulario por el Banco de Seguros del Estado. Queda prohibido alojar el animal fuera del lugar designado en la póliza, sin autorización escrita del Banco de Seguros del Estado. Queda sin efecto el seguro y la responsabilidad del Banco de Seguros del Estado en los casos de siniestros producido al animal asegurado fuera del lugar indicado en la póliza. Al contratante corresponde la prueba de la residencia del animal asegurado.

## 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, las aceptamos en su totalidad.

Es de nuestro conocimiento el inciso c) del Artículo 10 de las Condiciones Generales de Vida Animal, el cual expresa que de no presentar la certificación de vacunación de enfermedades prevenibles extendida por Médico Veterinario, el Banco de Seguros del estado se exime de cualquier reclamación de un siniestro a consecuencia directa o indirecta de dichas enfermedades contra las cuales no ha sido debidamente protegido y/o declarado.

Además, garantizamos que cada una de las respuestas que hemos dado en ésta 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 \_\_\_\_\_

