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 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 Fisica (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

Tasasción

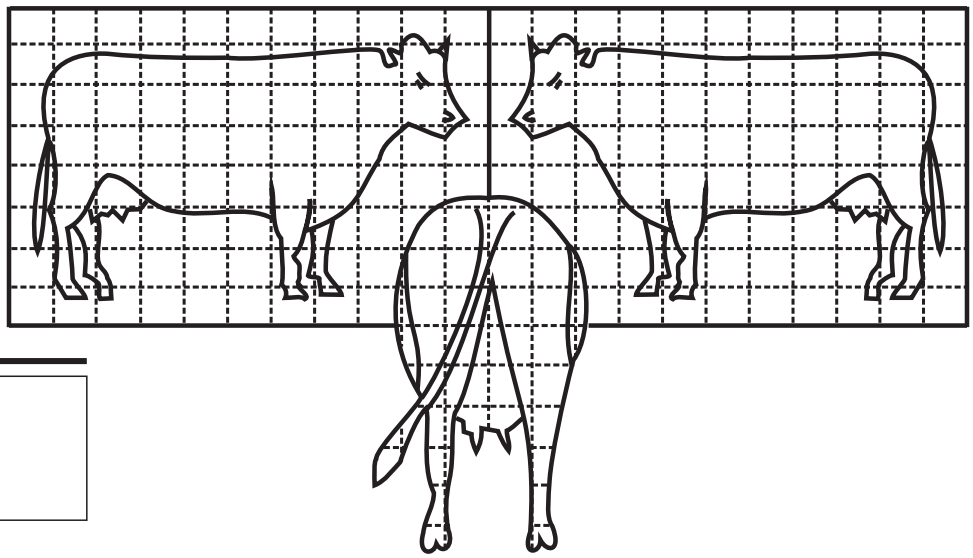
Reseña del animal (véase al dorso)

Observaciones _____

Firma Médico Veterinario _____ C.I. _____ Aclaración de firma _____

RESEÑA DEL ANIMAL

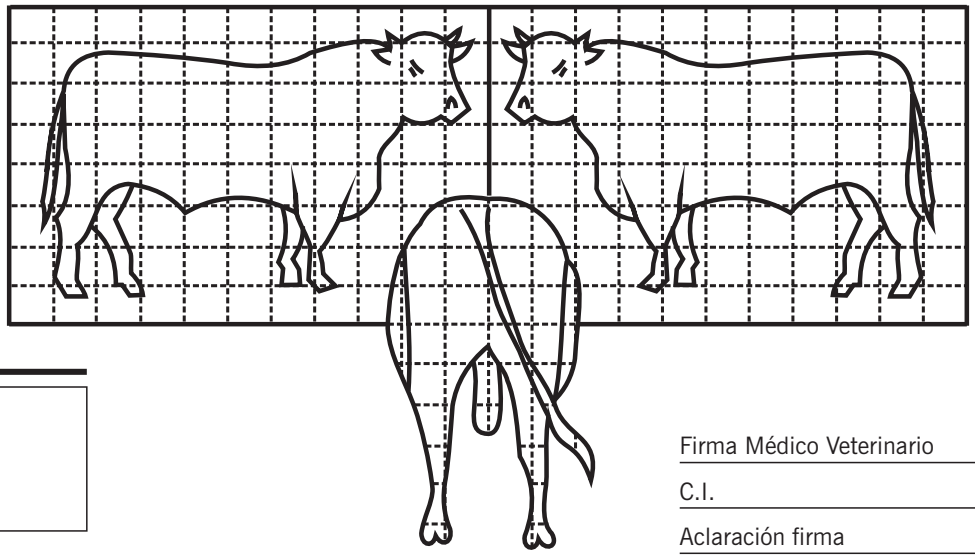
Lado derecho



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 contrayente 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 _____