



# RURALES

## SOLICITUD DE SEGURO VIDA ANIMAL EQUINOS DE CABAÑA

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** \_\_\_\_\_

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

Fecha nacimiento \_\_\_\_\_ **Sexo** hembra  macho

**Raza** \_\_\_\_\_

**Pelo** \_\_\_\_\_ **Talla** \_\_\_\_\_

**Número del Stud Book o Registro Genealógico de la Asociación Rural del Uruguay** \_\_\_\_\_

### Particularidades

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

### DATOS DEL CONTRATO

**Capital solicitado** \_\_\_\_\_ **Forma de pago** Moneda: \$  U\$S

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 RIESGO**

Padrón N° \_\_\_\_\_ Seccional Policial N° \_\_\_\_\_ Seccional Judicial N° \_\_\_\_\_

Km. \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_ Georeferenciación \_\_\_\_\_

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

Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

**PREGUNTAS**

¿Ha sido asegurado antes el animal?: Sí  No  ¿Qué Compañía? \_\_\_\_\_ ¿Qué suma? \_\_\_\_\_

¿En la actualidad está asegurado?: Sí  No  ¿Qué Compañía? \_\_\_\_\_ ¿Qué suma? \_\_\_\_\_

**Preguntas referentes a los padrillos** ¿Cuánto tiempo hace que se le utiliza como padrillo? \_\_\_\_\_

¿Qué cantidad de hijos ha producido aproximadamente? \_\_\_\_\_

**Preguntas referentes a yeguas** ¿Es primeriza la yegua?: Sí  No  ¿Cuántas crías ha tenido? \_\_\_\_\_

¿Cómo se comportó en pariciones anteriores? \_\_\_\_\_ ¿Es buena madre?: Sí  No

Indicar la fecha de la última cubierta \_\_\_\_\_

**Preguntas referentes a potrillos hasta un año** ¿El nacimiento se produjo en forma normal?: Sí  No

¿El ombligo está en vías de cicatrizar normalmente?: Sí  No  ¿Tiene síntomas aparentes de enfermedad?: Sí  No

Aplomos ¿Los miembros delanteros y posteriores son normales?: Sí  No  ¿Cómo será criado?: A campo  en galpón

¿La madre no ha sufrido alguna lesión por efectos del alumbramiento?: Sí  No  ¿Es buena madre?: Sí  No

**INFORME DEL VETERINARIO**

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

ubicado en \_\_\_\_\_

el animal cuya reseña figura más adelante, propiedad de \_\_\_\_\_, no encontrándole

ningún síntoma aparente de enfermedad contagiosa orgánica, aguda o crónica, siendo el estado del corazón y de las vías respiratorias

**Nombre del animal** \_\_\_\_\_

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

Fecha nacimiento \_\_\_\_\_ **Sexo** hembra  macho

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

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

**Taras** \_\_\_\_\_

**Aplomos** \_\_\_\_\_

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

**Comodidades** \_\_\_\_\_

**Estado físico** \_\_\_\_\_ **Temperamento** \_\_\_\_\_

**Comportamiento durante la monta** \_\_\_\_\_

**En caso de yeguas, sírvase indicar el comportamiento durante las pariciones anteriores** \_\_\_\_\_

**Sírvase indicar vicios, defectos, enfermedades próximas y remotas** \_\_\_\_\_

**¿Se encuentra clínicamente sano?:** Sí  No

**Tasación** \_\_\_\_\_

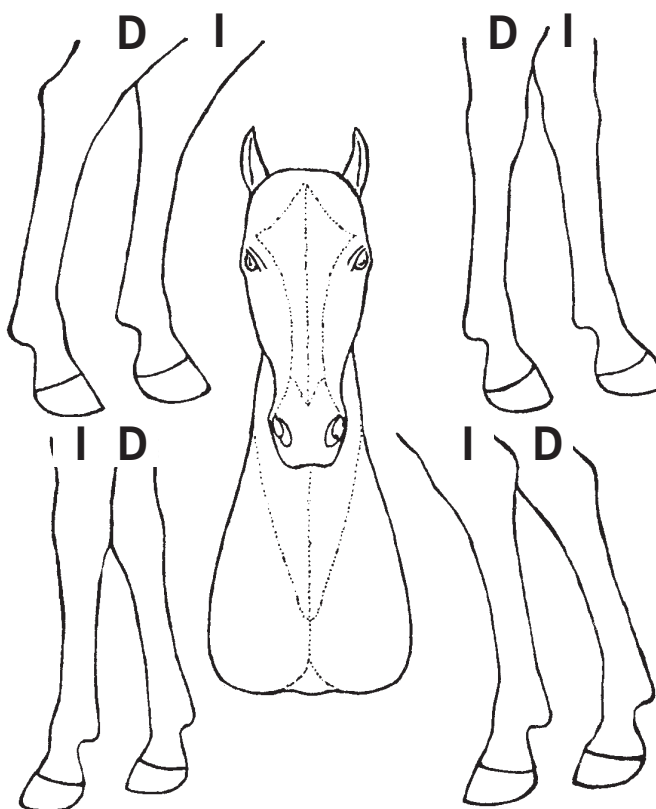
**Observaciones** \_\_\_\_\_

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

**MANCHAS BLANCAS**

**Sírvase indicar la ubicación y forma de las manchas blancas del animal propuesto al seguro.**

**¿Tiene manchas blancas?:** Sí  No



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

**INFORME DE LA SECCIÓN**

<b>Valor propuesto</b> \$ _____	m/n _____	<b>Gastos del técnico</b> \$ _____	m/n _____
<b>Tasación</b> \$ _____	m/n _____	<b>Honorarios</b> \$ _____	m/n _____
<b>Valor aceptado</b> \$ _____	m/n _____	<b>Observaciones</b> _____	_____
<b>Reaseguro</b> _____	_____		

**V°B° INFORME**

De acuerdo al informe producido por el/los Médico/s Veterinario/s \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, estimo que el seguro es aceptable.

Firma \_\_\_\_\_ Padrón \_\_\_\_\_

## RESOLUCIÓN DE LA GERENCIA

---

---

---

---

Firma \_\_\_\_\_ Padrón \_\_\_\_\_

## 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 como 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 \_\_\_\_\_

