



RURALES

SOLICITUD DE SEGURO GRANIZO Y ADICIONALES

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° 0 Cliente N° 4196539

Póliza N° Cotización N° Solicitud N°

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 EL SAUZAL GRANOS SRL 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 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

Vigencia del seguro Desde 23-oct-2020 hasta 31-mayo-2021

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



DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

	Cultivo	Sup. (hás.)	Aforo (U\$S/há.)	Padrón, Georeferenciación o Identificación de la Chacra
01				
02				
03				
04				

COBERTURAS A CONTRATAR

Cultivo 1			Cultivo 2			Cultivo 3			Cultivo 4		
	DED.	FCIA.									
Granizo <input type="checkbox"/>			Granizo <input type="checkbox"/>			Granizo <input type="checkbox"/>			Granizo <input type="checkbox"/>		
Resiembra <input type="checkbox"/>			Resiembra <input type="checkbox"/>			Resiembra <input type="checkbox"/>			Resiembra <input type="checkbox"/>		
Viento <input type="checkbox"/>			Viento <input type="checkbox"/>			Viento <input type="checkbox"/>			Viento <input type="checkbox"/>		
Heladas <input type="checkbox"/>			Heladas <input type="checkbox"/>			Heladas <input type="checkbox"/>			Heladas <input type="checkbox"/>		
Falta de piso <input type="checkbox"/>			Falta de piso <input type="checkbox"/>			Falta de piso <input type="checkbox"/>			Falta de piso <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		

PROMOCIONES O BONIFICACIONES

Sírvase dar detalle de las Promociones o Bonificaciones que aplican a estos Cultivos según la Tarifa vigente

01	
02	
03	
04	

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 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