

SEGURO AGRÍCOLA HORTALIZAS Y FRUTAS (PERSONA NATURAL)

SOLICITUD DE SEGURO



El suscrito, por medio de la presente solicitud conviene se considere de naturaleza declaratoria y como base del seguro para expedición de la Póliza respectiva en caso de ser aceptada, propone a: SEGUROS ATLÁNTIDA, S.A. que de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza impresas y adjuntas a esta solicitud y que comprenden copia de las cláusulas de la póliza que ha de emitirse, ya sea de carácter general o especial. La solicitud de Seguro Agrícola Hortalizas y Frutas que hace a SEGUROS ATLÁNTIDA, S.A. para la persona.

I. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Nombres	Apellidos	No. de Identidad (Adjuntar fotocopia)

II. VIGENCIA:

Duración: Desde: _____ / _____ / _____ a las 12:00 m
Día Mes Año
Hasta: _____ / _____ / _____ a las 12:00 m
Día Mes Año

III. DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO PREFERENTE:

No. de Identidad	Nacionalidad	Domicilio	Teléfono	Fax	E-mail

IV. CARACTERÍSTICAS DEL CULTIVO O BIENES POR ASEGURAR

No. de Solicitud	¿Se aseguró el cultivo y predio en el ciclo homólogo anterior?		Ciclo Agrícola	Cultivo y Modalidad	Clave producto de seguro	Departamento	¿Contrató otro seguro para el mismo predio y riesgos?	
	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>					SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Nombre de Integrantes	Nombre de la finca	Municipio	Número de predio	Superficie solicitada	Clave de riesgos	Fecha siembra o trasplante	Variedad de semilla

Observaciones:

Se anexa croquis con localización de cada predio.

Claves de producto de Seguro	
I-01	Seguro de Inversión con Ajuste a Recolección
I-02	Seguro de Inversión con Ajuste por Daño Directo
I-03	Seguro de Rendimiento con Ajuste al Costo de Producción
P-01	Seguro por Planta

Fecha pactada de inspección para aceptación de riesgo:	
Riesgos asegurables	
1	Huracán, ciclón y vientos fuertes
2	Inundación
3	Exceso de lluvia
4	Helada
5	Bajas temperaturas
6	Sequía
7	Granizo
Riesgos que pueden ser cubiertos mediante convenio expreso:	
1	No Nacencia
2	Taponamiento
3	Cultivos desarrollados bajo estructura protegida (Invernaderos, Casa Maya, Maya Sombra y Mega Túnel)

V. INFORMACIÓN DE OTROS SEGUROS

¿Tiene otros seguros con la compañía?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Con cuál otra Compañía tiene (tenía) seguros?			
¿Qué tipo de seguro?	Sumas Aseguradas:		
¿Ha tenido usted antes una póliza de seguro agrícola?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
De ser así, indicar el nombre de los aseguradores:			
En algún momento, algún asegurador:			
¿Ha declinado su solicitud?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Cancelado o se ha negado a renovar su póliza?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Requerido de un incremento de prima o revisión de términos?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

VI. DECLARACIÓN DEL OFERENTE:

- Por la presente solicito la emisión de una póliza de Seguro Agrícola Hortalizas y Frutas, declaro y convengo en que todas las respuestas y declaraciones anteriores son completas y verdaderas y forman la base sobre la cual se fundará la Aseguradora para emitir la póliza que solicito y que cualquier declaración falsa o inexacta causa la nulidad de la misma.
- El presente documento solo constituye una solicitud de aseguramiento y su recepción por la Aseguradora, no presenta garantía de la cobertura y las condiciones de la oferta sean aceptados íntegramente por ésta, puesto que la aceptación definitiva del aseguramiento y sus términos dependerá del resultado de la inspección que la Aseguradora practique al cultivo en la fecha pactada.
- La póliza entrará en vigor hasta que la Aseguradora haya aceptado por escrito la presente solicitud, expedido la póliza y recibido la prima correspondiente, teniendo como vigencia la señalada en la respectiva póliza.
- Hago constar que las condiciones generales y condiciones particulares de la Póliza son de mi conocimiento y tienen mi plena aceptación.

VII. IMPORTANTE:

Por el valor de la prima de esta póliza, el Asegurado debe exigir un recibo impreso extendido por funcionarios administrativos de la Aseguradora y no por el intermediario u otra persona; asimismo se recomienda al Asegurado leer cuidadosamente la Póliza.

Nombre y Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Nombre y Firma del Intermediario: _____ Fecha: _____

No. de Registro de Intermediario en la CNBS: _____

Revisado y Aprobado por: _____ Fecha: _____

Lugar: _____