

# SEGURO AGRÍCOLA POR PLANTA (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 por Planta 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

## 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:

1. Por la presente solicito la emisión de una póliza de Seguro Agrícola por Planta, 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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: \_\_\_\_\_