


INSTITUTO DE SEGURO AGROPECUARIO

SOLICITUD DE SEGURO PECUARIO DE EXPOSICIÓN O EXHIBICION FERIA

FECHA DE SOLICITUD			GERENCIA REGIONAL	AGENCIA	NOMBRE Y APELLIDO DEL TECNICO	
DIA	MES	AÑO				
SOLICITUD DE ASEGURAMIENTO Nº			SOLICITO ASEGURAMIENTO DE:			
SSP-EEF -					SEGURO PECUARIO: <input type="checkbox"/>	SEGURO DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/>
PERSONA NATURAL			NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE			
Nº TELEFONO (S)						
RESIDENCIAL Nº						
CELULAR Nº			NUMERO DE CEDULA DE IDENTIDAD PERSONAL			
DIRECCION RESIDENCIAL						
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	LUGAR			
PERSONA JURIDICA			NOMBRE DE LA RAZON SOCIAL			
Nº TELEFONO (S)						
OFICINA						
RESIDENCIAL Nº						
CELULAR Nº			NUMERO DE R.U.T.			
Nº APARTADO POSTAL			NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL			
CORREO ELECTRONICO						
			NUMERO DE CEDULA DE IDENTIDAD PERSONAL			
DIRECCION RESIDENCIAL						
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	LUGAR			
DATOS DEL ACREEDOR			NOMBRE DE LA ENTIDAD CREDITICIA			
			SUCURSAL			
HISTORIAL			¿ HA ASEGURADO CON EL I.S.A. ?	SI	NO	
			¿ HA SIDO INDEMNIZADO ?	SI	NO	
PERSONA QUE DESIGNA PARA FIRMA EL ACTA			NOMBRE DE LA PERSONA DESIGNADA			
			NUMERO DE CEDULA DE IDENTIDAD PERSONAL			
DATOS DEL GANADO						
ESPECIE		FUNCION			CANTIDAD	
LUGAR						
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	FINCAS			

ASEGURAMIENTO PECUARIO <input type="checkbox"/>								
POLIZA Nº							SUMA ASEGURADA B/.	
VIGENCIA DE LA POLIZA PECUARIO (Un año)		DESDE			HASTA			PRIMA TOTAL B/.
		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	
ORDEN	IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	RAZA	COLOR	PROCEDENCIA	VALOR B/.	PRIMA %
1								
2								
3								
4								
5								

ASEGURAMIENTO TRANSPORTE

POLIZA Nº							SUMA ASEGURADA B/.	
VIGENCIA DE LA POLIZA TRANSPORTE (36 horas)	DESDE			HASTA			PRIMA TOTAL B/.	
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO		
	HORA			HORA			TAZA DE PRIMA %	
VEHICULO A UTILIZAR								
MARCA	MODELO			AÑO			COLOR	
NOMBRE DEL CONDUCTOR							CEDULA:	
LUGAR DE EMBARQUE							DIA	HORA
LUGAR DE DEMBARQUE							DIA	HORA
TOTAL DE ANIMALES QUE LLEGARON:			Nº TELEFONO (S)					
BUEN ESTADO		OFICINA						
ACCIDENTADO		RESIDENCIAL Nº						
MUERTOS		CELULAR Nº						



FIRMAS DE ACEPTACIÓN

NOMBRE COMPLETO	
CARGO	Tecnico
FIRMA	

NOTA: Autorizo al I.S.A. a solicitar mi referencias de credito, siempre que lo crea necesario.

NOMBRE DEL SOLICITANTE	
FIRMA	

sello

Nota: El I.S.A. se reserva el derecho de aceptar o rechazar la solicitud de Seguro de Ganadero y/o Transporte

NOMBRE COMPLETO	
CARGO	GERENTE REGIONAL
FIRMA	

Oficina de Desarrollo Institucional

Codigo: 7.3.3.0 - 16 - 2015

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO(S)

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	Nº DE CEDULA	%	NOMBRE DE LA ENTIDAD CREDITICIA	%

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO (S) PARA EL CASO DE MUERTE O INCAPACIDAD MENTAL DEL DUEÑO DE LA POLIZA

Hago constar, que es mi voluntad se entregue el monto de dinero del siniestro a indemnizar en concepto de la Poliza de Seguro Equino, a la(s) siguiente(s) persona(s) como beneficiario(s) en la forma que expreso a continuación:	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	Nº DE CEDULA	PORCENTAJE %

NOMBRE DEL SOLICITANTE	
FIRMA	

