INSTITUTO DE SEGURO AGROPECUARIO

SOLICITUD DE SEGURO EQUINO

FECHA DE SOLICITUD			GERENCIA REGIONAL	AGENCIA	NOMBRE Y APELLIDO DEL MEDICO VETERINARIO
DIA	MES	AÑO			

SOLICITUD Nº	SSE - 000-15	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

Nº TELEFONO (S)		PERSONA JURIDICA	NOMBRE DE LA RAZON SOCIAL
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	

UBICACIÓN DE LOS EQUINO (S)			
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	LUGAR

TIPO DE EQUINO	
TRABAJO	
PASO FINO	
EXHIBICION	
DEPORTE	

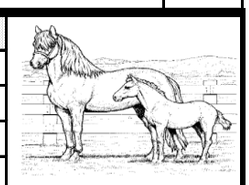
FUNCIONES QUE SE ASEGURAN	
TRABAJO	
VIENTRES PARA REPRODUCCION	
EQUINOS EN DESARROLLO	

DATOS DEL EQUINO

ORDEN Nº	IDENTIFICACIÓN		COLOR	EDAD		RAZA	SEXO
	FERRETE	OTRA		A	M		

ORDEN Nº	IDENTIFICACIÓN		COLOR	EDAD		RAZA	SEXO
	FERRETE	OTRA		A	M		

VALORES DE INVERSION B/.	DETALLE		BALBOAS	CTS.
	SUMA ASEGURADA	B/.		
	PRIMA TOTAL	B/.		
	DEDUCIBLE	B/.		
	PRECIO DE AJUSTE	B/.		



FIRMAS DE ACEPTACIÓN

NOMBRE COMPLETO	
CARGO	Medico Veterinario
FIRMA	

NOMBRE DEL SOLICITANTE	
FIRMA	

sello

Nota: El I.S.A. se reserva el derecho de aceptar o rechazar la solicitud de Seguro Equino.

NOMBRE COMPLETO	
CARGO	GERENTE REGIONAL
FIRMA	

Oficina de Desarrollo Institucional

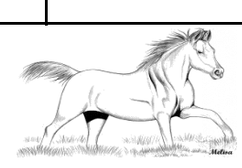
Codigo: 7.3.3.0 - 14 - 2015

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