Solicit corregida.QxD 11/10/06 10:20 AM Page 1

Solicitud de Póliza Gracias 2006-2007

Nombre/s: _____

Apellido/s: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Pcia.: _____

CP: _____ Tel.: _____ Fax: _____

DNI: _____ e-mail: _____

Formas de pago

- [ ] 1] Contado al inicio de vigencia (Con mayor cobertura).
- [ ] 2] 25% al inicio de Vigencia y el resto a los 30 días corridos posteriores al vencimiento de vigencia. Con Cheque de Pago Diferido o Tarjeta de Crédito (pesos) o Pagaré (dólares).
- [ ] 3] 100% a los 30 días posteriores al vencimiento de vigencia con Cheque de Pago Diferido o Tarjeta de Crédito (pesos) o Pagaré (dólares).
- [ ] 4] Plan canje conforme al contrato adjunto.

Tarjeta de crédito: _____

Nº: _____ Vto: ___ / ___ / ___

Condición IVA: Ex. [ ] Resp. Insc. [ ] Resp. No Insc. [ ] Cons. Final [ ] Mon. [ ] CUIL/CUIT Nº [ ]

Esta póliza debe ENDOSARSE a favor de _____ en _____

Localidad _____ procediendo en calidad de PROPIETARIO / ARRENDATARIO del campo y propietario de la siembra.

Solicito asegurar contra [X] GRANIZO [X] INCENDIO [X] RIESGOS TEMPRANOS [ ] HELADA [ ] VIENTOS [ ] LLUVIA [ ] FALTA DE PISO [ ] SEQUÍA

mi sementera del año 200___ de acuerdo al detalle que sigue.

También solicito que la franquicia para la cobertura Granizo, Incendio y Riesgos tempranos, sea:

	NO DEDUCIBLE [ ]	6% Sobre superficie afectada
OPCIONALES SEGÚN MANUAL	DEDUCIBLE [ ]	5% Sobre suma total asegurada
	DEDUCIBLE [ ]	10% Sobre suma total asegurada

SI [ ] NO [ ] Solicito la adecuación automática de la suma asegurada en función de la variación del valor del grano en un _____%

Los seguros en la provincia de **Córdoba** llevarán una Franquicia Deducible del 10% de la suma asegurada de la superficie afectada, excepto: a) los departamentos de M. Juárez, San Justo, Unión, R. S. Peña, Río I y Gral. Roca para cosecha fina y b) los departamentos de M. Juárez, San Justo, Union, R. S. Peña, Juárez Celman, Río I y Gral. Roca para cosecha Gruesa.
En la Prov. de **San Luis,** la zona del **Dep. Río IV** comprendido entre Las Vertientes, Paunero y La Punilla, y los departamentos de Santa María y Colón, en todos los cultivos se aplicará una franquicia deducible, **por cada siniestro,** del 15% de la suma asegurada del lote asegurado.
Los cultivos de Papa, Colza, Coriandro, Mijo, Alpiste, Arveja, Lenteja, Raigrass, Lino y Cártamo, tendrán una franquicia deducible del 10% de la suma asegurada de la superficie afectada.

Observaciones: _____

Nombre, Apellido, Código de Productor Asesor y Of. Comercial: _____

Nº Lote	Cultivo	Variedad	Sembr. Has.	Valor/Ha.	Suma Asegurada	Fecha Siembra	% Prima	Importe Prima
					Total suma Asegurada			

PREMIO		
Prima Total		
Recargos		
Derechos de emisión		
Subtotal		
IVA		
Otros impuestos		
Premio Total *	$ / u$s / qq	

* Tachar moneda que NO corresponda.

Declaraciones del proponente

1. ¿Tiene otra sementera de igual especie en la misma Colonia, Distrito o Departamento, aseguradas o no en esta u otras compañías? [ ] SI [ ] NO
2. ¿En qué estado se encuentra la sementera a asegurar? _____
3. ¿Cuáles son los daños que ya existen en la sementera a asegurar y en cuánto por ciento lo aprecia? _____
4. ¿Hay otros seguros sobre la misma sementera? [ ] SI [ ] NO ¿En qué compañía? _____
5. Indique quien es el propietario de cada lote _____

Ubicación del riesgo

La sementera se encuentra ubicada en el Campo _____ o Colonia _____ a ____ km. al _____ de la Localidad _____

Provincia _____ Partido o Departamento _____ Pedanía _____ Código Postal _____.

Dibujar la forma íntegra de la chacra, indicando rutas de acceso, el largo de sus costados y señalando las divisiones en lotes y de los varios sembrados. Señálese donde está la casa del colono. Escríbase en cada lote la clase de sembrado y el área respectiva, especificando también la variedad de cultivo.

NOTA MUY IMPORTANTE: Recuerde adjuntar a esta solicitud fotocopia del plano catastral con indicación de los lotes a asegurar dimensiones y referencias. Requisito obligatorio. **El Asegurador tiene tres días laborales contados a partir de la hora cero del día siguiente al de la recepción de esta solicitud en el domicilio de Av. Juana Manso 205, 6to piso (C1107CBE) Buenos Aires o Fax: 4320-9414 para manifestar expresamente su voluntad de rechazarla. Si esto no ocurriera, el contrato de seguro tomará efecto a partir de la hora 12 (doce) inmediata posterior a transcurridos esos tres días laborales. Si existieran períodos de carencia, los mismos se computarán a partir de dicha hora 12 (doce). No obstante lo indicado más arriba, si se hubiere optado por las formas de pago 2 - 3 ó 4 , esta propuesta carecerá de valor y se considerará rechazada si no estuviera acompañada de los valores o documentación pertinente (cheques de pago diferido, pagarés o contrato de canje según corresponda) eximiéndose el Asegurador de toda notificación al respecto.**

al norte con _____ del Sr. _____

al este con _____ del Sr.

del Sr. _____ al oeste con

al sur con _____ del Sr. _____

Coordenadas Geográficas

Latitud sur: ____ º ____ ´ ____ ´´

Longitud oeste: ____ º ____ ´ ____ ´´

CONFORME con el contenido de la presente solicitud y con todas las condiciones de la póliza que conozco y acepto, firmo:

_____

Firma del Proponente: _____

Aclaración: _____

Lugar y Fecha

Seguros Agrarios

MAPFRE