



INSTITUTO DE SEGURO AGROPECUARIO

FECHA DE ACTA			ACTA DE ASEGURAMIENTO DE EQUINO												
DIA	MES	AÑO	POLIZA N°	2											
GERENCIA REGIONAL:						PROCEDENCIA:			NAL.		IMP.				
AGENCIA:						PRIMA						%			

PERSONA NATURAL

ASEGURADO	NOMBRE COMPLETO														
	NUMERO DE CEDULA DE IDENTIDAD PERSONAL														

PERSONA JURIDICA

NOMBRE DEL LA EMPRESA	NOMBRE DE LA RAZON SOCIAL														
	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL														
NUMERO DE CEDULA DE IDENTIDAD PERSONAL															

INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA DE SEGURO:	DESDE:	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	N° AAE-

ESPECIE:					FUNCION:					
----------	--	--	--	--	----------	--	--	--	--	--

UBICACIÓN DE LOS EQUINOS

PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	LUGAR

ORDEN N°	IDENTIFICACION		EDAD		SEXO		RAZA	COLOR	VALOR ASEGURADO B/
	FERRETE	OTRA	A	M	M	H			
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									

Para Uso de la Gerencia Regional

FACTURA N°	
EQUINO (S) (cantidad)	
SUMA ASEGURADA B/.	

PRIMA TOTAL B/.				
FIRMA:				
GRABAR	SI		NO	

Firma del Asegurado

Firma del Tecnico - Veterinario del ISA

NUMERO DE IDENTIFICACION	
Oficina de Desarrollo Institucional	
Codigo: 7.3.3.0 - 14 - 2015	

Firma del Gerente Regional

