



# FORMULARIO DE SOLICITUD/CANCELACIÓN/TRANSFERENCIA/CAMBIO DE POLÍTICA DE MPC

Producers Ag Insurance Group, 5601 Interstate 40 W, Suite 204, Amarillo, TX 79106

Póliza número \_\_\_\_\_ Año de cosecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Página \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SOLICITANTE/ASEGURADO:		NOMBRE DE AGENCIA :		CÓDIGO DE AGENCIA :	AÑO DE COSECHA :	NÚMERO DE PÓLIZA :
CALLE Y/O DIRECCIÓN POSTAL:		DIRECCIÓN :			ESTADO :	CONDADO (DONDE EL SEGURO ENTRA EN VIGOR) :
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	CIUDAD:	STATE:	ZIP CODE:	COSECHAS:
NÚMERO DE TELÉFONO:	CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO DEL SOLICITANTE:	NÚMERO DE TELÉFONO:	AGENT'S EMAIL:	PLAN DE SEGURO/COBERTURA/% DEL PRECIO:	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TIPO DE NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TIPO DE PERSONA:	REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL SOLICITANTE:		NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SEGUROS APROBADO (AIP) ANTERIOR (SI CORRESPONDE):	
NOMBRE DEL CÓNYUGE:		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE:	¿EL SOLICITANTE TIENE AL MENOS 18 AÑOS? SÍ NO	ESTADO DE INCORPORACIÓN:	NÚMERO DE PÓLIZA EN VIRTUD DEL AIP ANTERIOR (SI CORRESPONDE):	

**SECCIÓN de Intereses Sustanciales y Beneficiosos (SBI):** enumere a todas las personas o entidades que tengan un interés sustancial y beneficioso (SBI) en usted, tal como se define en las disposiciones aplicables de la póliza (incluidos los arrendadores o inquilinos asegurados por el solicitante). Si no hay ninguno, indique NINGUNO. Consulte el formulario de informe SSN/EIN para obtener más espacio.

NOMBRE	DIRECCION COMPLETA	NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO DE NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO DE PERSONA	¿ARRENDADOR/ INQUILINO QUE ASEGURA LA PARTE DE OTRO? **	A/I
						S N	A I
						S N	A I
						S N	A I
						S N	A I

<b>SOLICITUD</b> (Complete la Sección A)	<b>OTROS CAMBIOS PARA LAS PÓLIZAS DE MPC SOLAMENTE</b> Agregar o quitar SBI Número correcto de identificación del asegurado*** Ortografía correcta del nombre de SBI	Agregar/Cambiar/Corregir representante autorizado del asegurado Ortografía correcta del nombre del asegurado ***Ingrese el número de identificación anterior si este elemento está marcado:	Modificar/Corregir la dirección del asegurado Corrija el número de identificación del SBI***
<b>CANCELACIÓN</b> (Complete las secciones A y B)			
<b>TRANSFERENCIA</b> (Complete las secciones A y C)			

## SECCIÓN A - SOLICITUD

AGREGAR/ MODIFICAR/ CANCELAR	AÑO DE COSECHA EFECTIVO	COSECHA	CONDADO ASEGURADO	CONDADO DESIGNADO	NUEVO PRODUCTOR ()	PLAN	NIVEL DE COBERTURA	% DE ELECCIÓN DE PRECIOS, PRECIO PROYECTADO, MONTO DEL SEGURO	TIPO	PRÁCTICA	OPCIONES, ELECCIONES O ENDOSOS	ESTRUCTURA DE LA UNIDAD/ CÓDIGO	ACRES PRETENDIDOS*	SOLO PARA NUEVAS PÓLIZAS	
														CH / NP	\$/ACRE

\*LOS ACRES PREVISTOS NO ESTABLECERÁN RESPONSABILIDAD. SE DEBE PRESENTAR UN INFORME SOBRE LA SUPERFICIE. \*\*Además de mi parte en la póliza. Se adjunta evidencia de su aprobación (POA, contrato de arrendamiento, etc.).

<b>ELECCIÓN DE CONDADO AGREGADA (SELECCIONE SOLO UNO):</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	Solicito cobertura de seguro para mi parte de las cosechas de Categoría B (excepto la producción de forraje) especificada a continuación con un condado designado en todos los condados agregados <b>dentro de la nación</b> donde la cosecha es asegurable.
	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	Solicito cobertura de seguro para mi parte de las cosechas de Categoría B (excepto la producción de forraje) especificada a continuación con un condado designado en todos los condados añadidos <b>dentro del estado</b> donde las cosechas son asegurables.

**CONDICIONES DE ACEPTACIÓN\*\*\*:**  
Esta solicitud es aceptada y el seguro entra en vigor de acuerdo con la póliza, a menos que: (1) la Corporación Federal de Seguros de Cosechas determine que, de acuerdo con las reglamentaciones, el riesgo es excesivo; (2) cualquier hecho material se omita, se oculte o se tergiversen en esta solicitud o en la presentación de esta solicitud; (3) no haya proporcionado la información completa y precisa requerida para esta solicitud; o (4) la respuesta a cualquiera de las siguientes preguntas sea "sí". Una respuesta afirmativa a estas preguntas no redundará automáticamente en el rechazo de la solicitud. Por ejemplo, si responde "sí" a la pregunta (a) pero su deuda fue cancelada en quiebra, la solicitud no será rechazada.

- SÍ NO (a) ¿Está usted endeudado actualmente, y la deuda está en mora por la cobertura del seguro de cosechas en virtud de la Ley Federal de Seguros de Cosechas?
- SÍ NO (b) ¿Ha sido condenado en los últimos cinco años en virtud de la ley federal o estatal por plantar, cultivar, producir, cosechar o almacenar una sustancia controlada?
- SÍ NO (c) ¿Alguna vez ha cancelado la cobertura de seguro en virtud de la autoridad de la Ley Federal de Seguros de Cosechas por una violación de los términos del contrato o las regulaciones, o por no pagar su deuda en mora?
- SÍ NO (d) ¿Está descalificado o excluido de conformidad con la Ley Federal de Seguros de Cosechas, las regulaciones de la Corporación Federal de Seguros de Cosechas o el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos?
- SÍ NO (e) ¿Alguna vez ha celebrado un acuerdo con la Corporación Federal de Seguros de Cosechas o con el Departamento de Justicia de que se abstendrá de participar en programas en virtud de la autoridad de la Ley Federal de Seguros de Cosechas y tal acuerdo sigue vigente?
- SÍ NO (f) ¿Tiene un seguro similar respecto de alguna de las cosechas antes mencionadas?

Entiendo que, si la cobertura de cualquier cosecha está actualmente finalizada o hubiera cesado posteriormente por endeudamiento si esta solicitud se hubiera presentado después de la fecha de cese, no se puede proporcionar ninguna cobertura y no tengo derecho a ningún beneficio en virtud de la Ley Federal de Seguro de Cosechas hasta que se corrija la causa del cese.  
Le notificaremos el rechazo a través de una notificación mediante el correo de los Estados Unidos, con franqueo pagado, a la dirección del solicitante. A menos que se rechace, o la fecha de cierre de ventas haya pasado en el momento en que firmó esta solicitud, el seguro estará vigente para las cosechas y los años de cosecha especificados y continuará por cada año de cosecha siguiente, a menos que se especifique lo contrario en la política hasta que se cancele, se finalice o se anule. El contrato de seguro, que incluye la solicitud aceptada, se define en el reglamento publicado en 7 CFR, capítulo IV. No se renunciará ni modificará ningún término o condición del contrato a menos que dicha renuncia o cambio esté expresamente permitido por el contrato y se realice por escrito.

\*\*\*ESTAS CONDICIONES SOLO SE APLICAN A LA COBERTURA MPC. NO SE USARÁN EN LA DETERMINACIÓN DE LA COBERTURA RESPECTO DE LA COBERTURA DE GRANIZO PARA LAS COSECHAS.





# FORMULARIO DE SOLICITUD/CANCELACIÓN/TRANSFERENCIA/CAMBIO DE POLÍTICA DE MPC

Producers Ag Insurance Group®, 5601 Interstate 40 W, Suite 204, Amarillo, TX 79106

Póliza número \_\_\_\_\_ Año de cosecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Página \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## DECLARACIONES REQUERIDAS PARA LAS PÓLIZAS DE GRANIZO PARA COSECHAS POR ESTADO:

**ARKANSAS y LOUISIANA —ADVERTENCIA:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento respecto del pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

**ARIZONA** —Para su protección, la ley de Arizona requiere que la siguiente declaración se establezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento respecto del pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

**CALIFORNIA** — Para su protección, la ley de California requiere que aparezca lo siguiente en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura del seguro o para hacer una reclamación por el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

**COLORADO** —Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione datos o información falsa, incompleta o engañosa a un tomador de póliza o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al tomador de la póliza o reclamante respecto de un acuerdo o premio pagadero de los ingresos del seguro deberá ser reportado a la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias reguladoras.

**FLORIDA** —Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de herir, defraudar o engañar a un asegurador presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

**IDAHO** —Cualquier persona que a sabiendas, y con la intención de defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

**INDIANA** —Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una aseguradora presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, comete un delito grave.

**KANSAS** - Cualquier acto cometido por cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, presente, haga que se presente o se prepare con conocimiento o creencia de que será presentada ante o por un asegurador, supuesto asegurador, corredor o cualquier agente del mismo, cualquier comunicación o declaración por escrito, medio electrónico, sistema electrónico, facsímil, medio magnético, oral o telefónico como parte de o en apoyo de una solicitud para la emisión o la calificación de una póliza de seguro personal o comercial, o una reclamación para el pago u otro beneficio de conformidad con una póliza de seguro comercial o personal que dicha persona sabe que contiene información materialmente falsa sobre cualquier hecho relevante; u oculta, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho material se considera fraude.

**KENTUCKY** —Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro que contenga información falsa u oculte con el propósito de inducir a error información relativa a cualquier hecho material de la misma, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual es un delito.

**MARYLAND —ADVERTENCIA:** Cualquier persona que, a sabiendas y deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta respecto del pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas y voluntariamente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

**MAINE —ADVERTENCIA:** Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o la denegación de los beneficios del seguro.

**MINNESOTA** —Una persona que presenta un reclamo con la intención de defraudar o ayuda a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

**NUEVA JERSEY** —Cualquier persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de póliza de seguro está sujeta a sanciones penales y civiles.

**NUEVO MÉXICO —ADVERTENCIA:** Cualquier persona que, a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

**OHIO** —Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presenta una solicitud o presenta un reclamo que contiene una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude de seguros.

**OKLAHOMA —ADVERTENCIA:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de herir, defraudar o engañar a un asegurador, presente un reclamo por el ingreso de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

**PENNSYLVANIA —ADVERTENCIA:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculte información relativa a cualquier hecho material de la misma con el fin de engañar, comete un acto fraudulento de seguro, lo que constituye un delito, y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

**TENNESSEE, VIRGINIA y WASHINGTON** —Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas o la denegación de los beneficios del seguro.

**UTAH** —Cualquier asunto en disputa entre usted y la empresa puede estar sujeto a arbitraje como una alternativa a la acción judicial de conformidad con las normas de la Asociación Americana de Arbitraje, cuya copia está disponible a solicitud por parte de la compañía. Cualquier decisión tomada por arbitraje será vinculante tanto para usted como para la compañía. El laudo arbitral puede incluir honorarios de abogados si lo permite la ley estatal y puede presentarse como un fallo ante cualquier tribunal con la jurisdicción correspondiente.

**Para Todos los Demás Estados:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento respecto del pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

## DECLARACIÓN DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN Y DATOS (LEY DE PRIVACIDAD)

### Agentes, ajustadores de pérdidas y asegurados

Las siguientes declaraciones se realizan de conformidad con la Ley de Privacidad de 1974 (5 U.S.C. 552a): La Agencia de Gestión de Riesgos (RMA) está autorizada por la Ley Federal de Seguros de Cosechas (7 U.S.C. 1501-1524) o por otras leyes, y las reglamentaciones promulgadas en virtud de las mismas, para solicitar la información requerida en los documentos establecidos por RMA o por los proveedores de seguros aprobados (AIP) que hayan sido aprobados por la Corporación Federal de Seguros de Cosechas (FCIC) para emitir seguros federales de cosechas. La información es necesaria para que los AIP y RMA operen el programa federal de seguro de cosechas, determinen la elegibilidad del programa, realicen análisis estadísticos y garanticen la integridad del programa. La información establecida en este documento se puede proporcionar a otras agencias federales, estatales o locales, según lo requiera la ley, las agencias de aplicación de la ley, los tribunales u organismos adjudicadores, las agencias extranjeras, el magistrado, el tribunal administrativo, los contratistas y cooperadores de AIP, el Sistema Integral de Gestión de Información (CIMS), oficinas del congreso o entidades en virtud de un contrato con RMA. Para los agentes de seguros, cierta información también puede divulgarse al público con el fin de ayudar a las personas interesadas a localizar agentes en un área en particular. La divulgación de la información solicitada es voluntaria. Sin embargo, si no se informa correctamente la información solicitada, AIP o RMA pueden rechazar este documento de conformidad con el Acuerdo de Reaseguro Estándar entre AIP y FCIC. Las regulaciones federales o los procedimientos aprobados por RMA y la denegación de la elegibilidad en virtud del programa o los beneficios derivados de ello. Además, la falta de información verdadera y correcta puede resultar en una acción penal o civil y la evaluación de sanciones o la búsqueda de otros recursos.

### DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

De conformidad con la ley federal y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, identidad de género (incluida la expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias por actividades previas en pos de los derechos civiles, en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas).

### Para presentar una Queja en relación con el Programa

Si desea presentar una queja por discriminación en relación con el programa de Derechos Civiles, complete el Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, disponible en línea en [www.usda.gov/oascr](http://www.usda.gov/oascr), o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información solicitada en el formulario. Envíe su formulario de queja o carta completa por correo al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Director, Centro para la Aplicación de los Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o envíe un correo electrónico a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

### Personas con Discapacidades

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para recibir la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, grabación de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA llamando al (202) 690-0443 (voz y TDD), o pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Las personas con discapacidades que deseen presentar una queja en relación con el programa deben consultar la información indicada anteriormente sobre cómo comunicarse con el Departamento directamente por correo postal o correo electrónico.

### DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Certifico que, según mi leal saber y entender, toda la información indicada en este formulario es correcta. También comprendo que el hecho de no informar de manera completa y precisa puede dar lugar a sanciones en virtud de mi póliza, lo que incluye pero no se limita a la anulación de la misma, y a sanciones penales o civiles (18 U.S.C. §1006 y §1014; 7 U.S.C. §1506; 31 U.S.C. §3729, §3730 y cualquier otro estatuto federal aplicable).

Nombre del solicitante/asegurado en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Firma del solicitante/asegurado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Nombre del agente en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Firma del agente \_\_\_\_\_ Número de código del agente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_