



RESP. CIVIL PROFESIONAL



SOLICITUD DE SEGURO

RC DIRECTORES Y GERENTES (D&O)

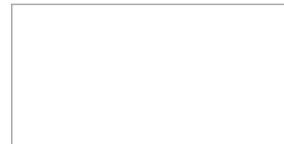
Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° _____ Cliente N° _____

Solicitud N° _____ Póliza N° _____

Solicito del Banco de Seguros del Estado una póliza de Responsabilidad Civil hacia terceros, en base a las declaraciones siguientes, de cuya veracidad me responsabilizo y de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares vigentes a la fecha para dicho seguro, las cuales declaro conocer y aceptar en su totalidad.

El Banco se compromete a tratar de modo estrictamente confidencial todos los datos e informaciones expuestos a continuación.



SELLO DE ENTRADA

COTIZACIÓN **SEGURO AL FIRME**

Si el Contratante es una persona distinta al Asegurado, sírvase completar el formulario Datos del Contratante (F. 2434) y adjuntar al presente.

ADVERTENCIA Y DATOS DEL ASEGURADO

El presente cuestionario intenta resumir los aspectos relevantes que el Banco de Seguros del Estado evaluará para preparar una cotización. Por ello, es importante que la información sea clara y lo más precisa posible.

Si el cuestionario no destaca aspectos específicos que Ud. considera relevantes o si el espacio es insuficiente para una respuesta completa, por favor agregue la información que considere apropiada para evaluar su riesgo y todo aquél elemento que pueda influir en los términos de la cobertura.

La reticencia en la información podrá perjudicar su derecho a la indemnización ante un eventual siniestro.

Empresa Razón Social _____

Giro _____

Nombre de Fantasía _____ Emp. Unipersonal: Sí No RUT _____

Comercio y/o actividad _____

Socios integrantes de la firma

■ Apellido _____ Nombres _____

C.I. N° _____ Doc. extranjero Tipo _____ País _____ N° _____

■ Apellido _____ Nombres _____

C.I. N° _____ Doc. extranjero Tipo _____ País _____ N° _____

■ Apellido _____ Nombres _____

C.I. N° _____ Doc. extranjero Tipo _____ País _____ N° _____

Domicilio real del Asegurado

Calle _____ N° _____ Unidad _____ Apto. _____ Esq. _____

Solar N° _____ Manzana N° _____ Km. _____ Ruta _____ Teléfono _____ Celular _____ C.P. _____

E-mail _____ Localidad _____ Departamento _____

Persona Expuesta Políticamente (PEP)

Se entiende por "personas expuestas políticamente" a las personas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas de importancia en el país o en el extranjero, tales como: Jefes de Estado o de Gobierno, políticos de jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, empleados importantes de partidos políticos, directores y altos funcionarios de empresas estatales y otras entidades públicas (Art. 76 de la R.N.S.R.).

1- _____ **¿Es usted una persona expuesta políticamente?** Sí No

En caso afirmativo, sírvase indicar el cargo desempeñado _____

2- _____ **¿Está vinculado con una persona expuesta políticamente?** Sí No

En caso afirmativo, sírvase indicar el vínculo _____

Nota: Si respondió afirmativamente a la pregunta **1**, deberá completar el formulario correspondiente a Personas Políticamente Expuestas (Fórm. 3235)

y si respondió afirmativamente a la pregunta **2**, el formulario correspondiente a Debida diligencia - Persona Física (Fórm. 3209).

DATOS DEL CONTRATO**Forma de pago** Moneda: \$ U\$S Contado Financiado Cant. de cuotas _____

Indicar el día fijo del mes para el vencimiento de las facturas _____ aclaración en letras _____

Medio de pago Locales de cobranza Débito bancario o Tarjeta de crédito Otro detalle _____

Si es débito o tarjeta, deberá adjuntar formularios correspondientes. _____

Envío de Factura Por e-mail dirección de e-mail _____ A domicilio **Si la Dirección de entrega de la Factura no es la misma que el Domicilio real del Asegurado, llene a continuación**

Calle _____ N° _____ Unidad _____ Apto. _____ Esq. _____

Solar N° _____ Manzana N° _____ Km. _____ Ruta _____ Teléfono _____ Celular _____ C.P. _____

Localidad _____ Departamento _____

Envío de Documentación Por e-mail dirección de e-mail: _____Domicilio real del Asegurado Mismo domicilio de entrega de factura **Vigencia del seguro** Desde hasta **DATOS DE LA COBERTURA**Límite Global: U\$S \$ Monto del límite a cubrir _____**INFORMACIÓN DEL RIESGO****Sírvase indicar el nombre de la Compañía Matriz** _____**¿Hubo cambio de nombre en los últimos 5 años?** Sí No **Sírvase indicar el comienzo de actividades comerciales** **¿Durante cuánto tiempo ha estado realizando actividades en forma continua?** _____**Sírvase describir todas las actividades comerciales****Complete el siguiente cuadro respecto a todas las clases de acciones emitidas por la casa Matriz**

	1	2	3	4
Clases de acciones	_____	_____	_____	_____
Cantidad de acciones en circulación	_____	_____	_____	_____
Cant. de acciones que poseen los Directores (directamente y/o como beneficio)	_____	_____	_____	_____
Cantidad de acciones que poseen los Funcionarios que no son Directores (directamente y/o como beneficio)	_____	_____	_____	_____

Complete el siguiente cuadro respecto a todas las clases de acciones emitidas por la empresa solicitante

	1	2	3	4
Clases de acciones	_____	_____	_____	_____
Cantidad de acciones en circulación	_____	_____	_____	_____
Cant. de acciones que poseen los Directores (directamente y/o como beneficio)	_____	_____	_____	_____
Cantidad de acciones que poseen los Funcionarios que no son Directores (directamente y/o como beneficio)	_____	_____	_____	_____

Complete el siguiente cuadro para cada año fiscal de la empresa solicitante de los últimos cuatro años (utilice cifras consolidadas)

Año ▶	20	20	20	20
Total de Activos Consolidados	_____	_____	_____	_____
Activo Corriente	_____	_____	_____	_____
Pasivo Corriente	_____	_____	_____	_____
Patrimonio Neto	_____	_____	_____	_____
Stocks y Bienes de Cambio (incluyendo trabajos en progreso)	_____	_____	_____	_____
Ganancia neta	_____	_____	_____	_____
Ganancia neta por acción	_____	_____	_____	_____
Dividendos por acción	_____	_____	_____	_____
Ventas / Ingresos	_____	_____	_____	_____
Deuda a largo plazo	_____	_____	_____	_____
Deuda a corto plazo	_____	_____	_____	_____

■ **En los últimos cinco años, ¿la Compañía ha incumplido con algunas de sus obligaciones de deuda o con sus préstamos?** Sí No

■ **En los últimos cinco años, ¿la Compañía se ha visto implicada en alguna disputa de póliza con alguno de sus aseguradores (en cualquier clase de negocio)?** Sí No

De ser la respuesta afirmativa, por favor descríbalas

■ **¿Tiene la Compañía actualmente bajo estudio o considera la posibilidad de efectuar alguna adquisición, licitación, oferta o fusión con otra compañía?** Sí No

De ser la respuesta afirmativa, por favor descríbalas

■ **¿Alguna vez la Compañía ha recomprado sus propias acciones a un precio en exceso del valor de mercado de ese momento?** Sí No

De ser la respuesta afirmativa, por favor especifique

■ **¿Se efectuó alguna calificación, comentario u observación en el informe financiero y/o informe del auditor?** Sí No

De ser la respuesta afirmativa, por favor sírvase indicar

■ **Sírvase detallar cualquier responsabilidad contingente o ítem extraordinario existente en el informe financiero**

■ **En los últimos cinco años, ¿la Compañía en algún momento cambió sus Contadores o Consultores?** Sí No

De ser la respuesta afirmativa, por favor sírvase especificar las razones del cambio

■ **La Compañía**

■ **¿Ha presentado en los últimos 18 meses o considerado presentar en los próximos 12 meses alguna declaración de inscripción para efectuar una oferta pública de títulos valores?** Sí No

De ser así, por favor sírvase enviarnos copia del prospecto.

■ **¿Ha emitido en los últimos 18 meses o considerado emitir en los próximos 12 meses cualquier clase de acciones (ordinarias o de otra clase)?** Sí No

De ser la respuesta afirmativa, por favor especifique

■ **¿No se ha efectuado ningún reclamo que, de haber estado vigente un seguro similar al que ahora solicita, habría estado dentro del ámbito de cobertura dicho seguro, o que en la actualidad está en trámite contra cualquier persona(s) propuesta(s) para este seguro en su carácter de Director o Funcionario o la Compañía, con excepción del siguiente?** Sí No

De ser la respuesta negativa, por favor especifique

¿Ninguna de las personas propuestas para este seguro conoce algún "Acto Ilícito", el cual él/ella tenga razones para suponer que podría ser causa para cualquier reclamo futuro que podría estar dentro del ámbito de cobertura del seguro solicitado, con excepción del siguiente? Sí No

De ser la respuesta negativa, por favor especifique _____

¿Ningún seguro similar en nombre de la Compañía ha sido rechazado, cancelado o se ha rechazado su renovación, excepto por el siguiente? Sí No

De ser la respuesta negativa, por favor especifique _____

¿Ningún hecho, circunstancia o situación que indique la probabilidad de que un reclamo por el cual el seguro solicitado debiera afrontar una indemnización, es de actual conocimiento para cualquier persona(s) o entidad(es) que solicite(n) este seguro que no sean aquéllos que se informaron en esta Solicitud? Queda acordado por todas las partes involucradas que si cualquier persona(s) o entidad(es) a ser asegurada(s) conforme a la Póliza, tuviese conocimiento de cualquier hecho, circunstancia o situación, todo Reclamo que consecuentemente surja de éstos, será excluido de la cobertura del seguro aquí propuesto. Sí No

DESPIDOS

¿El Solicitante ha despedido a algún Empleado en los últimos 12 meses o piensa hacerlo?: Sí No en caso afirmativo, sírvase indicar las causas _____

ANTECEDENTES DE RECLAMOS POR RESPONSABILIDAD CIVIL

¿Conoce Ud. algún hecho derivado de la actividad de la empresa que pueda originar reclamaciones? Sí No

En caso afirmativo, sírvase proporcionar una breve descripción del hecho _____

¿Hay antecedentes de siniestros anteriores? Sí No

En caso afirmativo, sírvase adjuntar un resumen sucinto indicando en cada caso entre otros _____

Tipo de reclamo: Judicial Extrajudicial

Fecha del reclamo Monto reclamados _____

Sírvase darnos una breve descripción de las circunstancias del caso _____

OTROS SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL VIGENTES O SOLICITADOS EN

Seguros	Productos	Límites	Asegurador

EXPRESA CONSTANCIA

Este seguro sólo cubrirá hechos originados y denunciados y/o reclamados durante la vigencia.

ACLARACIÓN

Este seguro entra en vigencia a partir de la fecha en que sea aceptado por la Gerencia.

Fecha Lugar _____

DECLARACIONES

Los abajo firmantes declaramos y también en nombre de las demás personas aseguradas, solicitamos del Banco de Seguros del Estado, una póliza de Responsabilidad Civil, hacia terceros, en base a las declaraciones efectuadas, de cuya veracidad me responsabilizo y de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares, vigentes a la fecha para dicho seguro, las cuales declaro conocer y aceptar en su totalidad.

Dado que este cuestionario forma parte del contrato de seguro, en caso de producirse algún cambio con respecto a los datos contenidos en este cuestionario, nos comprometemos a informarlos inmediatamente al Asegurador.

En caso de siniestro, si resultase que la sociedad, las compañías filiales o las personas por asegurar tenían o deberían haber tenido conocimiento, en el momento de suscribir el contrato de seguro, de hechos o circunstancias que pudieran dar lugar a un siniestro, cualquier reclamación derivada de tales hechos o circunstancias será nula y sin efecto.

Fecha Firma certificada _____ Aclaración firma _____

Debe estar firmado por el representante legal en su carácter de _____

C.I. _____ código serial _____

DECLARACIÓN DEL CORREDOR

Vistas las características y condiciones del riesgo, no tengo observaciones que formular a la precedente información.

Corredor N° _____ Firma del Corredor _____ Aclaración de firma _____

