



# RESPONSABILIDAD CIVIL

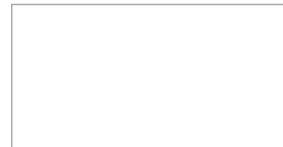
## SOLICITUD DE SEGURO OPERACIONES Y PRODUCTOS EMPRESAS INSTALADORAS DE GAS

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° \_\_\_\_\_ Cliente N° \_\_\_\_\_

Cotización 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:** Sí  No

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

### DATOS DEL ASEGURADO

Razón Social \_\_\_\_\_

Giro \_\_\_\_\_

Nombre de Fantasía \_\_\_\_\_ Emp. Unipersonal: Sí  No  RUT \_\_\_\_\_

### 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° \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_ aclaración en letras: \_\_\_\_\_

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

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

**Nota:** Según lo indicado en Decreto 216/002 "Reglamento de Instalaciones de Gases Combustibles", se recomienda al Asegurado expresar el monto correspondiente a "Límite máximo de cobertura por evento", en U.R. (Unidades Reajustables), respetando los mínimos exigidos por U.R.S.E.A. dependiendo de la Categoría de Empresa Instaladora de Gas, y según el consumo térmico de sus instalaciones.

**Límite máximo de cobertura por evento** UR  U\$S  \$  Monto del límite a cubrir

**Nota:** Se hace constar que esta cobertura ampara el riesgo de Daños Materiales a terceros a consecuencia de Incendio y/o Explosión hasta un Sub-Límite igual al Límite máximo de cobertura por evento.

## INFORMACIÓN GENERAL DE LA FIRMA

### Habilitación de la empresa según Decreto 216/002 "Reglamento de Instalaciones de Gases Combustibles"

Categoría 1  Categoría 2  Categoría 3  Otras Categorías

### Cantidad total de personal de la firma dedicado a trabajos en instalaciones de gas

Cantidad de instaladores matriculados: \_\_\_\_\_ dependientes  
\_\_\_\_\_ contratados (por ej. emp. unipersonales)

Cantidad de personal auxiliar en instalaciones: dependiente efectuando instalaciones y obras \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ contratado efectuando instalaciones y obras \_\_\_\_\_

### Cantidad de trabajos mensuales que se estima ejecutar

Cantidad de trabajos de instalación y/o adaptación de aparatos en viviendas: \_\_\_\_\_ trabajos mensuales

Cantidad de instalaciones no contempladas precedentemente: \_\_\_\_\_ trabajos mensuales

## CUESTIONARIO (Se deberá contestar por local)

**Descripción de los Edificios** Año de construcción \_\_\_\_\_

Colindantes \_\_\_\_\_ Número de pisos \_\_\_\_\_

Número de ascensores y/o montacargas \_\_\_\_\_

(adjuntar certificado del servicio de mantenimiento): \_\_\_\_\_

Predios cercados Parcialmente: Sí  No

Totalmente: Sí  No

Salarios del último año: U\$S \_\_\_\_\_

Salarios estimados para el presente año: U\$S \_\_\_\_\_

Indique la recaudación del último año \_\_\_\_\_

por ventas y/o trabajos realizados: \_\_\_\_\_

### Visitantes en la Fábrica o los Talleres:

Indique el número aproximado al año \_\_\_\_\_

¿Son controlados desde la entrada y acompañados?: Sí  No

¿Existen lugares e instalaciones peligrosas \_\_\_\_\_

claramente marcados?: Sí  No

¿Está prohibido fumar?: Sí  No

¿Se controla prohibición?: Sí  No

Indique el número de extintores \_\_\_\_\_

Revisados el

¿Existe Restaurante?: Sí  No

¿Existe Cantina?: Sí  No

¿Existe Cafetería?: Sí  No

Para el personal con capacidad para \_\_\_\_\_ personas

Cocina equipada con gas ciudad Sí  No

gas en garrafa Sí  No

electricidad Sí  No

Número total de empleados afectados \_\_\_\_\_

a esta actividad \_\_\_\_\_

¿Existen riesgos especiales, tales como chimenea \_\_\_\_\_

alta, carteles en la vía pública, postes de electricidad \_\_\_\_\_

cerca de vías públicas, cables de transporte \_\_\_\_\_

de electricidad, carreteras, puentes, etc.: Sí  No

## OPERACIONES NO CUBIERTAS POR LA PÓLIZA

En caso de aceptación de este negocio, el Banco de Seguros extenderá una póliza para cubrir la RC derivada de la operativa de la firma solicitante incluyendo trabajos de instalación de gas que se regulen a través del Decreto 216/002 "Reglamento de Instalaciones de Gases Combustibles". Sin perjuicio de lo anterior, el Banco de Seguros requerirá la declaración de aquellos trabajos de instalaciones de gas que tengan una o más de las siguientes características:

- duración mayor a 30 días corridos.

- valor total de obra (incluyendo salarios, materiales y aparatos) mayor a U\$S 50 mil.

- que se desarrollen dentro de Zona Francas, Puertos, Aeropuertos, predios de entidades públicas (UTE, OSE, ANTEL, ANCAP, etc.), predios de la Comisión Técnica Mixta de Salto Grande, predios industriales de cualquier tipo.

Para estos trabajos se deberá completar el formulario "RC OPERACIONES EMPRESAS INSTALADORAS DE GAS - INCLUSIÓN DE OBRA" previo a la ejecución de la misma. El incumplimiento de este requisito dará lugar a la no cobertura de la obra.

## OTROS SEGUROS

¿Tiene la Empresa una póliza vigente de Todo Riesgo de Contratista o Montaje? Sí  No  En caso de ser afirmativo, indique en qué consiste:

## SINIESTROS ANTERIORES

Realice una breve descripción del acontecimiento:

Fecha  Número de víctimas  Monto de los daños   
Perjuicios causados

Realice una breve descripción del acontecimiento:

Fecha  Número de víctimas  Monto de los daños   
Perjuicios causados

Realice una breve descripción del acontecimiento:

Fecha  Número de víctimas  Monto de los daños   
Perjuicios causados

## ACLARACIÓN

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

## DECLARACIÓN

Declaramos conocer y haber sido instruidos sobre el contenido de las cláusulas de las Condiciones Generales bajo las cuales el Banco de Seguros del Estado asume el riesgo que proponemos, las aceptamos en su totalidad y garantizamos que cada una de las respuestas que hemos dado en esta solicitud es amplia, correcta y exacta.

Fecha  Firma del Asegurado  Aclaración firma   
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

