



# INCENDIO / COMBINADOS

## SOLICITUD DE SEGURO PÉRDIDA DE BENEFICIOS POR SISTEMA DE DIFERENCIA (Cálculo del Beneficio Bruto por diferencia)

Complete este formulario marcando lo que corresponda

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

Póliza N° \_\_\_\_\_

Solicitud N° \_\_\_\_\_



SELLO DE ENTRADA

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 \_\_\_\_\_

Empresa Unipersonal: Sí  No  RUT \_\_\_\_\_ Actividad \_\_\_\_\_

### Domicilio real del Asegurado

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Unidad \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_ Esq. \_\_\_\_\_

Solar N° \_\_\_\_\_ Manzana N° \_\_\_\_\_ Km. \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

E-mail principal \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

**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

### 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).

## UBICACIÓN DEL RIESGO

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Unidad \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_  
Padrón N° \_\_\_\_\_ Solar N° \_\_\_\_\_ Manzana N° \_\_\_\_\_ Km. \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

## CÁLCULO DE BENEFICIO BRUTO

**Giro comercial anual** (ventas menos descuentos concedidos y deudas incobrables) U\$\$ \_\_\_\_\_  
**Existencias finales** (stock al final del ejercicio) U\$\$ \_\_\_\_\_ **U\$\$** \_\_\_\_\_  
**Menos**  
**Existencias iniciales** (stock al comienzo del ejercicio) U\$\$ \_\_\_\_\_  
**Compras** menos descuentos recibidos U\$\$ \_\_\_\_\_  
**Gastos variables de explotación** (transporte, embalaje, fletes, calefacción, luz, agua, etc.)  
Se incluyen aquellos gastos que varían directamente con el giro comercial U\$\$ \_\_\_\_\_ **U\$\$** \_\_\_\_\_  
**Beneficio bruto anual** (sub total) **U\$\$** \_\_\_\_\_  
**Margen de expansión** (previsión de crecimiento: \_\_\_\_\_ %) U\$\$ \_\_\_\_\_  
**Suma total a asegurar** **U\$\$** \_\_\_\_\_  
(son dólares americanos \_\_\_\_\_ ).  
**Período de indemnización** \_\_\_\_\_ meses

## 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.

Asumo la responsabilidad de las mismas y me obligo a abonar el importe del premio, como así también a declarar al Banco de Seguros del Estado cualquier modificación o variación que se produzca durante la vigencia del seguro.

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 \_\_\_\_\_

