



RESPONSABILIDAD CIVIL

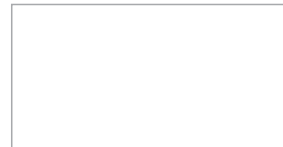
SOLICITUD DE SEGURO OPERACIONES ESTABLECIMIENTOS AGROTURÍSTICOS

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: Sí No

ADVERTENCIA AL 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.

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. <input type="checkbox"/> N° _____	Doc. extranjero <input type="checkbox"/>	Tipo _____	País _____	N° _____
Apellido	Nombres			
C.I. <input type="checkbox"/> N° _____	Doc. extranjero <input type="checkbox"/>	Tipo _____	País _____	N° _____
Apellido	Nombres			
C.I. <input type="checkbox"/> N° _____	Doc. extranjero <input type="checkbox"/>	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

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

Cobertura adicional de Daños materiales a terceros a consecuencia de Incendio y/o Explosión hasta un sub-límite de:

U\$S \$ Monto del límite a cubrir

INFORMACIÓN DEL RIESGO

Ubicación exacta del establecimiento _____

Descripción del establecimiento _____

Hectáreas del Establecimiento _____ **Cantidad de cascos de estancia** _____

¿Posee maquinaria automotriz? Sí No En caso afirmativo, sírvase indicar tipo de maquinaria y cantidad (por ej. tractores, autoelevadores, etc.) _____

Actividades especiales Colonia de vacaciones (propias o de 3ros.) Pasantías Internados Otros

Indicar la cantidad de visitantes estimados al año _____

Si existe servicio de restaurante o venta de alimentos para consumo en el establecimiento, sírvase indicar:

Cantidad de personal afectado a este servicio _____ Capacidad máxima del restaurante _____

Si existe servicio de hospedaje, sírvase indicar:

Cantidad de personal afectado a este servicio _____ Capacidad máxima del hospedaje (plazas) _____

Cantidad total de Piscinas _____ Canchas de deportes (sírvase indicar a qué deporte pertenece cada una) _____

Animales de silla para alquilar _____ Bicicletas _____ Botes o embarcaciones _____ Carros u otros vehículos de tracción animal _____

Otras actividades desarrolladas en el establecimiento (sírvase marcar la actividad que se realice):

Pesca

Caza

■ La actividad de caza a cargo del solicitante ¿se realiza fuera de los predios detallados en el formulario de solicitud principal?: Sí No en caso afirmativo, sírvase detallar en qué lugares se operará: _____

■ Sírvase indicar los tipos de animales que se cazarán _____

■ Los grupos de cazadores ¿están a cargo del solicitante o personal de su dependencia?: Sí No en caso afirmativo, sírvase detallar brevemente la experiencia del personal a cargo de los grupos: _____

■ ¿Se usan perros en la actividad?: Sí No en caso afirmativo, sírvase indicar Razas y cantidad aprox.: _____

■ ¿Se usan animales de silla proporcionados por el solicitante?: Sí No

■ Las armas de caza ¿son proporcionadas por el solicitante?: Sí No

■ Detalle brevemente las medidas de seguridad que se toman en la realización de la actividad (por el. manejo de armas, conocimiento de la existencia de otros cazadores en el predio, etc.): _____

Otras (sírvese detallar)

¿Se venden productos elaborados en el establecimiento para su consumo fuera del mismo?: Sí No en caso afirmativo, sírvase indicar el tipo de productos elaborados: _____

¿Se desea asegurar la RC del establecimiento derivada de los productos elaborados (RC Productos)?: Sí No en caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información: Recaudación estimada para los siguientes 12 meses _____

Cantidad total de empleados del establecimiento (incluyendo el propietario y sus familiares) _____

Monto anual de salarios _____ Monto anual de facturación _____

Otras actividades desarrolladas _____ Explotación Agrícola | Explotación Apícola
Explotación Forestal | Explotación Ganadera y Cría de animales

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 - Sírvase detallar lo siguiente

Capital o límite

Compañía Aseguradora

Pólizas de Responsabilidad Civil vigentes _____

Pólizas de otros riesgos _____

ACLARACIÓN

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

Localidad _____

Departamento _____

DECLARACIONES

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 _____

