



# RESPONSABILIDAD CIVIL

## SOLICITUD DE SEGURO OPERACIONES EMPRESAS DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA

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

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

### Tipo de tareas desarrolladas

Seguridad y Vigilancia  Transporte de valores  Otros  (detallar) \_\_\_\_\_

### Para cada local de operaciones sírvase indicar

Dirección exacta del riesgo

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

Padrón N° \_\_\_\_\_ Solar N° \_\_\_\_\_ Manzana N° \_\_\_\_\_ Km. \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

**¿Existen entresijos?:** Sí  No  En caso afirmativo, detallar: \_\_\_\_\_

tipo de construcción \_\_\_\_\_ superficie estimada \_\_\_\_\_

**¿Existen carteles exteriores?:** Sí  No  En caso afirmativo, detallar: \_\_\_\_\_

dimensiones \_\_\_\_\_ tipo material construcción \_\_\_\_\_

**¿Existen otros elementos sin declarar que formen parte de los predios y que puedan ser considerados en la evaluación del riesgo (por**

**ej. estructuras, antenas, etc.):** Sí  No

**¿Existen construcciones linderas?:** Sí  No

**Indique la cantidad de empleados de la firma según tareas:**

Funcionarios de vigilancia \_\_\_\_\_ Administrativos \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES DE SEGUROS ANTERIORES

**¿Estuvo la firma asegurada o se encuentra actualmente asegurada con un seguro de Responsabilidad Civil Operaciones?:** Sí  No

En caso afirmativo, sírvase indicar: Nombre del Asegurador \_\_\_\_\_

Período del Seguro Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Razones del no mantenimiento de la cobertura \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES SINIESTRALES

**¿Ha tenido reclamaciones por hechos derivados de la actividad de la empresa en los últimos 5 años?:** Sí  No

En caso afirmativo, sírvase indicar: Número de reclamos judiciales \_\_\_\_\_

Número de reclamos extrajudiciales \_\_\_\_\_

**Adjunte un resumen sucinto indicando en cada caso:**

Carátula del proceso / Fecha del evento / Fecha del reclamo / Personas demandadas / Monto reclamado / Estado del proceso

Monto pagado o estimado / Breve descripción de las circunstancias del caso

¿Conoce 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

#### 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 \_\_\_\_\_

