



TRANSPORTES

SOLICITUD DE SEGURO

MERCADERÍAS PROPIAS POR UN VIAJE

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° _____ Cliente N° _____

Póliza N° _____ Provisorio N° _____ Definitivo N° _____

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



SELO DE ENTRADA

DATOS DEL ASEGURADO

Empresa Razón Social _____ RUT _____

Persona Apellidos _____ 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

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

Cesión de derechos Nombre completo / Empresa _____

C.I. _____ RUT _____

Hasta la suma de _____ en letras _____

DATOS DE LA MERCADERÍA ¿Es mercadería nueva?: Sí No

Salvo acuerdo expreso del BSE indicado por escrito, si la mercadería, para la que solicita cobertura en la presente solicitud, no es nueva, la cobertura quedará limitada a: choque, incendio y/o vuelco o CI C del IAL, dependiendo del medio de transporte.

Código arancelario (no omitir) _____

Descripción _____

Peso _____ N° de bultos _____ Tipo de embalaje _____ Marca exterior de embalaje _____

¿Tiene precinto electrónico?: Sí No N° DUA _____

Incoterm pactado en compra/venta _____



MEDIO DE TRANSPORTEMarítimo Terrestre Aéreo

Nombre del buque/compañía aérea/transportista _____

N° conocimiento de embarque _____

DATOS DE TRAYECTO

Ciudad origen	País	Fecha	<input type="text"/>
Ciudad destino	País	Fecha	<input type="text"/>
Ciudad Traslado	País	Fecha	<input type="text"/>

SUMA A ASEGURAR

Costo (factura)	_____
Flete	_____
Gastos y Recargos	_____
Prima de seguro	_____
Más un	_____ %
Total	_____

RIESGOS A CUBRIR**Coberturas Básicas**

Cláusula A del IAL	<input type="checkbox"/>
Todo Riesgo Terrestre	<input type="checkbox"/>
Cláusula A del IAL de alimentos congelados (excluyendo carne)	<input type="checkbox"/>
Cláusula C del IAL	<input type="checkbox"/>
Choque, Incendio y Vuelco	<input type="checkbox"/>

Otras Coberturas

Guerra y Huelgas	<input type="checkbox"/>
Hurto	<input type="checkbox"/>
Rotura y Derrame	<input type="checkbox"/>
60 días de estadía	<input type="checkbox"/>
Robo de bulto entero e incendio en depósito	<input type="checkbox"/>
Otros (especificar)	<input type="checkbox"/>

DE USO INTERNO

Tasa de seguro	_____ %	Tasa de guerra	_____ %	Tasa de recargo	_____ %
----------------	---------	----------------	---------	-----------------	---------

Importaciones vía terrestre	Prima internacional	_____	Prima nacional	_____
Ejecutivo receptor	Fecha	<input type="text"/>	Padrón	_____
Ejecutivo emisor	Fecha	<input type="text"/>	Padrón	_____
			Firma	_____

IMPORTANTE

En caso de seguro provisorio, el mismo deberá ser regularizado antes de los 90 (noventa) días de presentada esta solicitud.

Transcurrido dicho plazo, el BSE procederá a su regularización de oficio y al cobro del mismo.

La presentación de esta solicitud no implica aceptación del seguro por parte del BSE, quien libremente podrá rechazar la misma o condicionarla al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos por el BSE para la suscripción del seguro, los cuales podrán determinar el rechazo de la presente propuesta, a su exclusivo criterio.

En caso de ocurrir un siniestro durante el transporte amparado por este seguro, la indemnización será abonada al portador de la póliza debidamente endosada a su nombre, siempre que éste acredite tener interés asegurable a la fecha del siniestro mediante la exhibición de la documentación que el BSE exija al respecto.

Salvo pacto en contrario, este seguro entra en vigor desde el momento en que los bienes quedan a cargo de los portadores para su transporte o desde la aceptación de la solicitud de cobertura por escrito por parte del BSE, lo que sea posterior y finaliza con el arribo de las mercaderías al destino **estipulado en esta solicitud** o su entrega al consignatario, lo que sea anterior.

DECLARACIÓN

Declaramos conocer y haber sido instruidos sobre el contenido de las cláusulas de las Condiciones Generales y Particulares bajo las cuales el Banco de Seguros del Estado asume el riesgo que proponemos, así como el de las establecidas en la presente solicitud, 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	<input type="text"/>	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	_____
-------------	-------	--------------------	-------	---------------------	-------

SI USTED CONTRATA ESTE SEGURO POR PRIMERA VEZ, O DESEA MODIFICAR LOS DATOS ANTERIORMENTE APORTADOS AL BANCO DE SEGUROS DEL ESTADO, AGRADECEMOS COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.

DATOS DEL ASEGURADO - PERSONA

Apellidos _____ Nombres _____
C.I. N° _____ Doc. extranjero Tipo _____ País _____ N° _____
Fecha nacim. Actividad principal _____ otra actividad _____
Sexo: femenino masculino Estado Civil _____

Domicilio real del Asegurado

Calle _____ N° _____ Unidad _____ Apto. _____ Esq. _____
Solar N° _____ Manzana N° _____ Km. _____ Ruta _____ Teléfono _____ Celular _____ C.P. _____
E-mail _____ Localidad _____ Departamento _____

DATOS DEL ASEGURADO - EMPRESA

Razón Social _____ Giro _____
Nombre de Fantasía _____ Emp. Unipersonal: Sí No RUT _____

Dirección real del Asegurado

Calle _____ N° _____ Unidad _____ Apto. _____ Esq. _____
Solar N° _____ Manzana N° _____ Km. _____ Ruta _____ Teléfono _____ Celular _____ C.P. _____
E-mail _____ Localidad _____ Departamento _____

DEL ASEGURADO

Fecha
Firma del Asegurado _____ Aclaración firma _____
C.I. _____ código serial _____

DEL CORREDOR

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

