



RESP. CIVIL PROFESIONAL

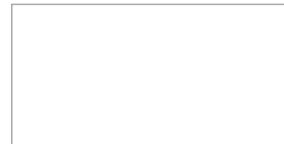
SOLICITUD DE SEGURO RC PROFESIONAL CORREDORES DE SEGUROS Y BROKER DE REASEGUROS

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 SEGURO AL FIRME

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

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.

Empresa 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° _____

Domicilio Administrativo de la firma

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

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

Si la Dirección de entrega de la Factura no es la misma que el Domicilio Administrativo de la firma, 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

Vigencia del seguro Desde _____ hasta _____

DATOS DE LA COBERTURA

Límite Global: U\$S \$ Monto del límite a cubrir _____

Cobertura de Infidelidad de Dependientes, hasta un sub límite indicado en la póliza

Cobertura de gastos para reconstrucción de documentos, hasta un sub límite indicado en la póliza

INFORMACIÓN PARA UNA PÓLIZA DE COBERTURA INDIVIDUAL (exclusivamente)

Profesión Corredor de Seguros Broker de Reaseguros Ambas Profesiones

¿Trabaja el profesional a asegurar en forma de dependencia de una firma?: Sí No En caso afirmativo, indique:

Nombre de la firma _____

Fecha de incorporación a la misma _____

¿Es socio integrante de alguna firma o sociedad con otros profesionales del ramo?: Sí No En caso afirmativo, indique:

Nombre de la firma _____

Integrantes de la Sociedad

Apellidos _____ Nombres _____

C.I. _____

Apellidos _____ Nombres _____

C.I. _____

Apellidos _____ Nombres _____

C.I. _____

INFORMACIÓN PARA UNA PÓLIZA QUE CUBRE A UNA SOCIEDAD INTEGRADA POR VARIOS PROFESIONALES (exclusivamente)

Información sobre la firma o sociedad

Sírvase indicar el número total de Corredores matriculados de la firma incluyendo Directores _____

Sírvase indicar la fecha de fundación de la sociedad _____

¿Ha tenido la sociedad otros nombres?: Sí No En caso afirmativo, indique:

En los últimos 5 años ¿se han efectuado otras actividades o se ha fusionado con otras sociedades?: Sí No En caso afirmativo, indique:

Para cada Corredor /Brocker (socio principal y/o dependiente de la firma) sírvase suministrar la siguiente información en nota adjunta

Apellido _____ Nombres _____
C.I. N° _____ Doc. extranjero Tipo _____ País _____ N° _____
Número de matrícula (N° de Corredor del BSE u otras matrículas) _____
Año de la primera matriculación
Profesión Corredor de Seguros Broker de Reaseguros Ambas Profesiones
Zona geográfica donde está habilitado a operar _____
Empleos anteriores relacionados con esta actividad _____

Apellido _____ Nombres _____
C.I. N° _____ Doc. extranjero Tipo _____ País _____ N° _____
Número de matrícula (N° de Corredor del BSE u otras matrículas) _____
Año de la primera matriculación
Profesión Corredor de Seguros Broker de Reaseguros Ambas Profesiones
Zona geográfica donde está habilitado a operar _____
Empleos anteriores relacionados con esta actividad _____

Apellido _____ Nombres _____
C.I. N° _____ Doc. extranjero Tipo _____ País _____ N° _____
Número de matrícula (N° de Corredor del BSE u otras matrículas) _____
Año de la primera matriculación
Profesión Corredor de Seguros Broker de Reaseguros Ambas Profesiones
Zona geográfica donde está habilitado a operar _____
Empleos anteriores relacionados con esta actividad _____

Apellido _____ Nombres _____
C.I. N° _____ Doc. extranjero Tipo _____ País _____ N° _____
Número de matrícula (N° de Corredor del BSE u otras matrículas) _____
Año de la primera matriculación
Profesión Corredor de Seguros Broker de Reaseguros Ambas Profesiones
Zona geográfica donde está habilitado a operar _____
Empleos anteriores relacionados con esta actividad _____

Apellido _____ Nombres _____
C.I. N° _____ Doc. extranjero Tipo _____ País _____ N° _____
Número de matrícula (N° de Corredor del BSE u otras matrículas) _____
Año de la primera matriculación
Profesión Corredor de Seguros Broker de Reaseguros Ambas Profesiones
Zona geográfica donde está habilitado a operar _____
Empleos anteriores relacionados con esta actividad _____

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

¿Pertenece la sociedad a alguna asociación profesional?: Sí No En caso afirmativo, indique:

¿Realiza actividad profesional en el extranjero, sea actual, pasada o proyectada para el futuro?: Sí No En caso afirmativo, indique:

Sírvase indicar el porcentaje de la actividad extranjera sobre el total de la actividad

Sírvase indicar los países en los que se desarrolla la actividad extranjera

¿Cómo se administra tal actividad? (representantes, corresponsales, etc.)

¿Emplea personal dependiente?: Sí No En caso afirmativo, proporcione:

Nómina de los dependientes

Roles o cargos respectivos

ESTRUCTURA DE LA CARTERA Y VOLUMEN DE NEGOCIOS

Sírvase indicar ingreso aproximado por honorarios profesionales (en moneda nacional)

Ingreso correspondiente a los últimos 12 meses \$

Ingreso estimado para los próximos 12 meses \$

OTROS SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL VIGENTES O SOLICITADOS

¿Ha contratado o solicitado anteriormente una cobertura de Resp. Civil Profesional como la presente?: Sí No En caso afirmativo, indique:

Fecha de la solicitud

Empresa aseguradora

Sírvase indicar el motivo de la rescisión, no contratación o no renovación de dicha cobertura

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 reclamado

Sírvase darnos una breve descripción de las circunstancias del caso

ACLARACIÓN: BASE DE COBERTURA CLAIMS MADE

La extensión de la cobertura bajo la presente PÓLIZA se limita a RECLAMOS que derivan de actos u omisiones cometidos durante el período del seguro cuando tales RECLAMOS se efectúan durante un período de vigencia, siendo aplicables las condiciones de este último período.

ACLARACIÓN

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

Fecha Lugar _____

DECLARACIONES

Los abajo firmantes declaramos y también en nombre de las demás personas aseguradas, solicitamos del Banco de Seguros del Estado, una póliza de Responsabilidad Civil, hacia terceros, en base a las declaraciones efectuadas, 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.

Dado que este cuestionario forma parte del contrato de seguro, en caso de producirse algún cambio con respecto a los datos contenidos en este cuestionario, nos comprometemos a informarlos inmediatamente al Asegurador.

En caso de siniestro, si resultase que la sociedad, las compañías filiales o las personas por asegurar tenían o deberían haber tenido conocimiento, en el momento de suscribir el contrato de seguro, de hechos o circunstancias que pudieran dar lugar a un siniestro, cualquier reclamación derivada de tales hechos o circunstancias será nula y sin efecto.

Fecha Firma del Solicitante _____ 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 _____

