



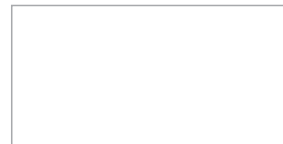
TRANSPORTES

SOLICITUD DE SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL DEL OPERADOR LOGÍSTICO POR DAÑOS A LA CARGA DURANTE SU TRANSPORTE

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Cliente N° _____ Póliza N° _____

COTIZACIÓN **SEGURO AL FIRME**



SELLO DE ENTRADA

DATOS DEL ASEGURADO / CONTRATANTE

Razón Social _____

Giro o Actividad _____

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 _____

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 U\$S Contado Financiado Cant. de cuotas _____

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 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

Vigencia del seguro Desde _____ hasta _____

MERCADERÍA A ASEGURAR

Generales Otros (especificar)

RADIO DE ACCIÓN

Uruguay Argentina Brasil Chile Paraguay

CAPITALES

Límite máximo por camión y viaje (valor mercadería) U\$S _____

Estimado anual de fletes tercerizados (facturación recibida) U\$S _____

RIESGOS A CUBRIR

Riesgo Básico Resp. Civil del Transportista por Daños a la Carga a consecuencia de Choque, Incendio y/o Vuelco del Vehículo Transportador.

Riesgo de Hurto ¿Desea cubrir este adicional?: Sí No

IMPORTANTE

Las declaraciones de facturación deben enviarse entre el 1° y 10 del mes siguiente al vencido.

Se deja expresa constancia que el pago del ajuste del premio se deberá abonar al contado.

La presentación de esta solicitud no implica aceptación del seguro por parte del Banco de Seguros del Estado 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.

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO / CONTRATANTE

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 _____

Firma del Asegurado / Contratante _____ 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 _____

