

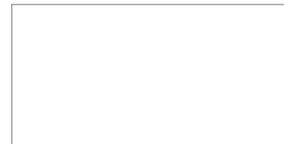


INCENDIO

SOLICITUD DE SEGURO INCENDIO TAMBO

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° _____ Cliente N° _____ Póliza N° _____



SELO DE ENTRADA

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

Persona Apellidos _____ Nombres _____

C.I. N° _____ Doc. extranjero Tipo _____ País _____ N° _____

Fecha nacim. _____ Actividad principal _____ otra actividad _____

Sexo: femenino masculino Estado Civil _____

Empresa Razón Social _____

Giro _____ Nombre de Fantasía _____

Empresa Unipersonal: Sí No RUT _____

Domicilio 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 Moneda: \$ U\$S

Contado Financiado Cant. de cuotas _____ 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

Régimen impositivo especial Recinto aduanero Recinto portuario Zona franca

UBICACIÓN DEL RIESGO - Datos del riesgo principal

Calle N° Unidad Apto.

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

Localidad Departamento

Relación con el bien asegurado Propietario Acreedor hipotecario Arrendatario
Otros (especificar)

Cesión de derechos *Persona* Apellidos Nombres
C.I. RUT

Empresa Razón Social RUT

¿El terreno es propio? Sí No

CONSTRUCCIONES (marcar y especificar) adjuntar mapa indicando forma de acceso y croquis con la ubicación de las construcciones

No se cubren construcciones o partes de construcciones de cartón alquitranado, adobe o argamasa.

| Paredes | Tambo | Vivienda principal | Vivienda del Personal | Otra (indicarla) |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Sólidas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Livianas no combustibles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Livianas combustibles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Materiales Combinados | <input type="checkbox"/> % | <input type="checkbox"/> % | <input type="checkbox"/> % | <input type="checkbox"/> % |
| | <input type="checkbox"/> % | <input type="checkbox"/> % | <input type="checkbox"/> % | <input type="checkbox"/> % |
| Techos | | | | |
| Sólidas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Livianas no combustibles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Livianas combustibles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Materiales Combinados | <input type="checkbox"/> % | <input type="checkbox"/> % | <input type="checkbox"/> % | <input type="checkbox"/> % |
| | <input type="checkbox"/> % | <input type="checkbox"/> % | <input type="checkbox"/> % | <input type="checkbox"/> % |
| Sub totales Capital | U\$\$ | U\$\$ | U\$\$ | U\$\$ |
| Total Capital Construcciones U\$\$ | | | | |

¿Existen revestimientos exteriores? Sí No en caso afirmativo, sírvase indicarlos:

Comunicación con linderos (marcar y especificar) ¿Existen linderos?: Sí No en caso afirmativo, sírvase indicar ocupación:

EXISTENCIAS DEL TAMBO

| | |
|--|----------------------|
| Ordeñadora Marca <input type="text"/> Serie N° <input type="text"/> Cant. de órganos <input type="text"/> | Capital U\$\$ |
| Tanque de frío Marca <input type="text"/> Serie N° <input type="text"/> Cant. de órganos <input type="text"/> | Capital U\$\$ |
| Implementos y Accesorios <input type="text"/> | Capital U\$\$ |
| Otros (especificar) <input type="text"/> | Capital U\$\$ |
| Total Capital Existencias U\$\$ | |

MOBILIARIO DE FAMILIA

| | | | |
|--------------------------------------|-------|---------------------|-------|
| Vivienda principal | _____ | Capital U\$S | _____ |
| Vivienda del Personal | _____ | Capital U\$S | _____ |
| Total Capital Mobiliario U\$S | | | _____ |

COBERTURA DE INCLUSIÓN OBLIGATORIA DE INCENDIO DE CONSTRUCCIONES A VALOR TOTAL

Cobertura Incendio Edificio Capital: U\$S _____

Coberturas Adicionales incluidas

| | |
|--|---|
| Huracanes, Tornados y Tempestades y Granizo (HTT) <input checked="" type="checkbox"/> | Tumulto Daños Materiales incluye Daño Malicioso (TDM) <input checked="" type="checkbox"/> |
| Precipitaciones de Aviones y Embestida de Vehículos (PAEV) <input checked="" type="checkbox"/> | Explosión <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tumulto Incendio (TI) <input checked="" type="checkbox"/> | |

COBERTURA DE INCLUSIÓN OPCIONAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PRODUCTORES DE LECHE

| | |
|---|---------------------|
| Límite de RC | Capital: U\$S _____ |
| Límite de RC por Incendio: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Capital: U\$S _____ |
| Remisión diaria de leche | _____ litros. |

MODALIDAD DE COBERTURA

Este seguro se cubre a valor real, en caso de desear cubrir a valor de reposición a nuevo algún bien, deberá cumplir con determinados requisitos y ser previamente aceptado por el Banco

HISTORIA SINIESTRAL (últimos 5 años)

| | | |
|----------------------------|-------------------------|-------------|
| Fecha <input type="text"/> | Tipo de siniestro _____ | Monto _____ |
| Fecha <input type="text"/> | Tipo de siniestro _____ | Monto _____ |

PLURALIDAD DE SEGUROS

Sírvase indicar si existen otros seguros sobre los bienes a asegurar _____

| Bien | Capital | Compañía |
|-------------|----------------|-----------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

IMPORTANTE

La aceptación de este seguro, está condicionada al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos por el Banco de Seguros del Estado para la suscripción del seguro, los cuales podrán determinar el rechazo de la presente solicitud, a criterio exclusivo del Banco. Salvo indicación en contrario, y en caso de no existir observaciones sobre la información aportada, el seguro entra en vigencia al mediodía siguiente de aceptada esta solicitud.

Regla proporcional: Cuando en el momento del siniestro los bienes asegurados por la presente póliza tengan un valor real o reposición a nuevo -según la modalidad de cobertura- superior al que han sido asegurados, el Asegurado será considerado como su propio asegurador por el exceso.

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 <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 _____

