



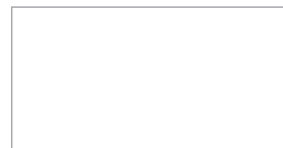
RESP. CIVIL PROFESIONAL

SOLICITUD DE SEGURO ESCRIBANOS, ABOGADOS, PROCURADORES

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 Y DATOS DEL 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.

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 _____ Emp. Unipersonal: Sí No RUT _____

Comercio y/o actividad _____

Socios integrantes de la firma

■ Apellido _____ Nombres _____

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

■ Apellido _____ Nombres _____

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

■ Apellido _____ Nombres _____

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

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 alguna de las dos preguntas anteriores, deberá completar el formulario correspondiente para Personas Políticamente Expuestas (Fórm. 3235).



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 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

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

NOTA

La presente Solicitud debe ser presentada exclusivamente para profesionales en actividad

INFORMACIÓN DEL RIESGO

Profesión Abogado Escribano Abogado y Escribano Procurador

INFORMACIÓN DEL RIESGO

Sírvase especificar la función exacta _____

Sírvase especificar la Modalidad de Trabajo actual independiente dependiente e independiente dependiente

asociado de una firma: ¿de quién?: _____

¿Es Ud. Escribano Abogado y/o Procurador ejerciendo privadamente que no tiene dependencia como

Empleado o bien como Corredor de Seguros atendiendo personas sin pertenecer a su clientela?: Sí No

¿Ejerciendo tanto en una Oficina y/o Domicilio?: Sí No

¿Es Ud. Escribano Abogado y/o Procurador en posición dependiente, empleado de una Oficina Pública

o Privado o Empleado con un Corredor de Seguros que ejerce privadamente, cuando la Responsabilidad

Civil Personal no esté cubierta mediante el Seguro del patrón?: Sí No

¿Lo hace ejerciendo tanto en una Oficina y/o Domicilio?: Sí No

¿Se debe asegurar solamente la Responsabilidad Civil Legal Personal derivada de su actividad privada no fija en una Oficina?: Sí No

Sírvase detallar (adjuntar fotocopia) sus títulos, diplomas, patente, etc. _____

Sírvase indicar el año en que ha iniciado su carrera profesional _____

Sírvase indicar los ingresos/honorarios anuales en U\$S _____

Sírvase indicar el monto de ingresos del último año por concepto de facturación _____
ingresos del próximo año por concepto de facturación _____

Sírvase indicar la cantidad de Clientes que tiene _____

AYUDANTES

¿El Solicitante es responsable por un equipo de ayudantes? Sí No en caso afirmativo, sírvase detallar: _____

Nombre	Formación	Edad	Funciones
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Sírvase indicar de los Empleados permanentes y/o contratos, etc.

Cantidad _____
Tipo de Personal permanentes contratados otros (especificar) _____
Monto de salarios _____

DESPIDOS

¿El Solicitante ha despedido a algún Empleado en los últimos 12 meses o piensa hacerlo?: Sí No en caso afirmativo, sírvase indicar las causas _____

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 reclamados _____

Sírvase darnos una breve descripción de las circunstancias del caso _____

OTROS SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL VIGENTES O SOLICITADOS EN

Seguros	Productos	Límites	Asegurador
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

EXPRESA CONSTANCIA

Este seguro sólo cubrirá hechos originados y denunciados y/o reclamados durante la vigencia.

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 _____

