



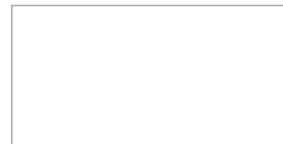
TRANSPORTES

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 principal _____ 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 de terceros Otros (especificar) _____

RADIO DE ACCIÓN

Uruguay Argentina Brasil Chile Paraguay Bolivia _____

CAPITALES

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

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

COBERTURAS

Básica Responsabilidad Civil del Asegurado por Daños a la Carga a consecuencia de: a) Choque, Incendio y/o Vuelco

b) Incendio y/o Explosión en depósitos en extranjero

c) Operaciones de Carga y Descarga.

Hurto Total y/o Parcial ¿Desea cubrir este adicional?: Sí No

IMPORTANTE

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 _____

