



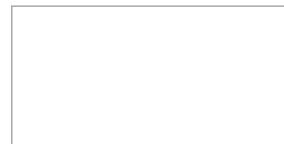
RAMOS TÉCNICOS

SOLICITUD DE SEGURO TODO RIESGO EQUIPO ELECTRÓNICO

Complete este formulario marcando lo que corresponda

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

COTIZACIÓN: Sí No



SELLO DE ENTRADA

IMPORTANTE

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 adicional que considere apropiada para evaluar su riesgo y todo aquel 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.

El Banco de Seguros del Estado se compromete a tratar de modo estrictamente confidencial todos los datos e informaciones expuestos a continuación.

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

DATOS DEL ASEGURADO

Razón Social _____

Giro _____

Nombre de Fantasía _____ Emp. Unipersonal: Sí No RUT _____

Domicilio Particular o Dirección de la Empresa (según corresponda)

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. cuotas _____ aclaración _____

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 Particular o Dirección de la Empresa, 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 de la cobertura Desde _____ hasta _____

Capital total a asegurar

El capital total a asegurar debe corresponder al valor de reposición del equipo para la misma composición. El valor de reposición es lo que costará reponer el equipo asegurado por otro nuevo del mismo tipo y de la misma capacidad, incluyendo fletes, gastos de montaje, derechos de aduana y otros derechos. La suma de los capitales por ubicación de riesgo + equipos móviles corresponde a: U\$S _____

Deducibles ¿Desea proponer franquicias especiales para la presente cotización?: Sí No en caso afirmativo, sírvase indicar

Deducible en riesgos catastróficos (incendio, inundaciones, tempestades): U\$S _____

Deducible en el resto de los riesgos: U\$S _____

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

Clasificación del Rubro (sírvase indicar a qué categorías corresponden los equipos que desea asegurar)

PROCESAMIENTO DE DATOS (Servidores, racks, almacenamiento, etc)

COMUNICACIONES: television, radio, etc

MÉDICOS: Tomógrafo, rayos X, resonador, angiógrafo, etc

INDUSTRIALES: PLC, automatismos, otros.

LABORATORIO: Medición y/o análisis de materiales/muestras, Refractómetros, cromatógrafos, etc.

OFICINA: Computadoras, impresoras, fotocopiadoras, escáneres, centrales telefónicas, etc.

Otros (detallar) _____

EQUIPOS MÓVILES (sírvase indicar a continuación o adjunte un listado -en formato electrónico o papel- con los siguientes datos para cada uno de los equipos, siempre que sean móviles/portátiles y puedan ser utilizados fuera de predios preestablecidos)

N° de identificación o serie	Cantidad	Descripción y tipo	Valor en U\$S

3 ¿Los equipos están ubicados en un recinto específico cerrado y vigilado de acceso

restringido? Sí No

4 Sírvase indicar con qué equipos de protección eléctrica se cuenta

Pararrayos UPS o similares

Otros elementos de protección contra alteraciones de corriente (detallar)

SERVICIO Y MANTENIMIENTO

Tipo de revisiones que se realizan PREVENTIVO: Inspecciones o mantenimiento periódico según contrato establecido

CORRECTIVO: Inspecciones o mantenimiento según pedido específico y necesidades

ADICIONALES: Mediante el pago de premios adicionales, puede extenderse la cobertura a incluir

Huelga y Motín Daños a los bienes asegurados a consecuencia de Huelga, Motín o Conmoción Civil.

¿Desea incluirlo en la cobertura?: Sí No

Remoción de escombros Gastos por demolición y desescombro (remoción de restos, arena, sedimentos, lodo, etc.) luego de un Siniestro amparado

¿Desea incluirlo en la cobertura (sublímite de 10% del monto del siniestro)?: Sí No

Gastos de aceleración Gastos adicionales para acelerar las reparaciones por trabajo en horas extras, durante la noche o en fiestas oficiales y por flete de envíos urgentes (excluyendo fletes aéreos).

¿Desea incluirlo en la cobertura (sublímite de 10% del monto del siniestro)?: Sí No

Flete aéreo Gastos adicionales por flete aéreo, cuando la reparación de un Siniestro amparado lo requiera.

¿Desea incluirlo en la cobertura?: Sí No en caso

afirmativo, sírvase indicar el límite de Indemnización deseado (a primer riesgo se sugiere no supere el 5%

de la suma total asegurada): **U\$S**

OTROS SEGUROS

¿Cuenta la empresa con un seguro de contenido (TRO, Hurto+ Incendio o Incendio) vigente? Sí No en caso afirmativo, sírvase indicar

Empresa aseguradora

Cobertura contratada

Vigencia: Desde hasta

PLURALIDAD DE SEGUROS

¿Los equipos (o partes de ellos) están o han estado asegurados por algún Seguro específico?: Sí No en caso afirmativo,

sírvase indicar Asegurado

Póliza N° Compañía

Vigencia: Desde hasta

Capital asegurado de corresponder, indique los motivos de la no renovación:

HISTORIAL SINIESTRAL

Sírvase detallar siniestros anteriores

Fecha

Descripción

Monto

ACLARACIÓN

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

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 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 _____