



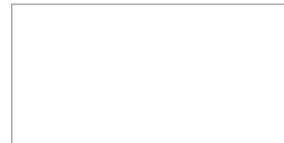
# RESPONSABILIDAD CIVIL

## SOLICITUD DE SEGURO PASAJEROS DE TRENES

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° \_\_\_\_\_ Cliente 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.

Razón Social \_\_\_\_\_

Giro \_\_\_\_\_

Nombre de Fantasía \_\_\_\_\_ Emp. Unipersonal: Sí  No  RUT \_\_\_\_\_

### Socios integrantes de la firma

Apellido	Nombres				
C.I. <input type="checkbox"/> N° _____	Doc. extranjero <input type="checkbox"/>	Tipo _____	País _____	N° _____	
Apellido	Nombres				
C.I. <input type="checkbox"/> N° _____	Doc. extranjero <input type="checkbox"/>	Tipo _____	País _____	N° _____	
Apellido	Nombres				
C.I. <input type="checkbox"/> N° _____	Doc. extranjero <input type="checkbox"/>	Tipo _____	País _____	N° _____	

### 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).

**Envío de Factura** Por e-mail  dirección de e-mail \_\_\_\_\_ A domicilio

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

## INFORMACIÓN DEL VIAJE

**Para cada viaje a realizar, sírvase indicar** Fecha de realización  ; del punto de partida, indique la Estación \_\_\_\_\_, Ciudad \_\_\_\_\_ y Departamento \_\_\_\_\_

del punto de destino, indique la Estación \_\_\_\_\_, Ciudad \_\_\_\_\_

y Departamento \_\_\_\_\_ **Cantidad de viajes ida y vuelta entre origen y destino** \_\_\_\_\_

**Si se realizan varios viajes, sírvase indicar** frecuencias \_\_\_\_\_ horarios \_\_\_\_\_

**Cantidad total de kms. de recorrido entre origen y destino** \_\_\_\_\_

**Cantidad de pasajeros estimados por viaje** \_\_\_\_\_

**¿Se transportará mayormente niños y adolescentes?** Sí  No  En caso afirmativo, sírvase detallar: \_\_\_\_\_

Rango de edades de los pasajeros \_\_\_\_\_ Cantidad de adultos a cargo del grupo \_\_\_\_\_

**Cantidad de vagones** \_\_\_\_\_ **Capacidad máxima del tren** \_\_\_\_\_

## DATOS DE LA COBERTURA

**Límite máximo de cobertura por evento** U\$S  \$  Monto del límite a cubrir \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES DE SEGUROS ANTERIORES

**¿Ha tramitado un seguro de este tipo anteriormente?** Sí  No  En caso afirmativo, sírvase indicar: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurador \_\_\_\_\_ Fecha aproximada del seguro

## ANTECEDENTES SINIESTRALES

**¿Existen demandas por Resp. Civil por daños ocasionados a pasajeros en viajes anteriores?** Sí  No  En caso afirmativo, sírvase indicar: \_\_\_\_\_

**Cantidad de reclamos judiciales** \_\_\_\_\_ en letras \_\_\_\_\_

**Cantidad de reclamos extrajudiciales** \_\_\_\_\_ en letras \_\_\_\_\_

**Adjunte un resumen suscinto indicando en cada caso lo siguiente**

carátula del proceso  personas demandadas  monto pagado o estimado \_\_\_\_\_

fecha del evento  monto reclamado  breve descripción de las circunstancias del caso \_\_\_\_\_

fecha del reclamo  estado del proceso \_\_\_\_\_

**¿Tiene Ud. conocimiento de algún evento relacionado con el transporte de pasajeros en tren que en el futuro pueda dar origen a algún reclamo o proceso en su contra?** Sí  No  en caso afirmativo, sírvase proporcionar una breve descripción del hecho \_\_\_\_\_

## ACLARACIÓN

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

Localidad \_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_

