



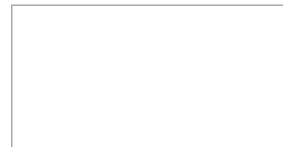
MULTIRRIESGOS

SOLICITUD DE SEGURO TODO RIESGO OPERATIVO

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° _____ Cliente N° _____

Póliza N° _____



SELLO DE ENTRADA

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

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 _____

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. 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 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

ACTIVIDAD DE LA EMPRESA

Edificio	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Capital
¿El terreno es propio?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Contenido	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Asegura		Existencias totales <input type="checkbox"/> Capital
		Desglosado en capítulos <input type="checkbox"/>
		Contenido general Capital
		Maquinarias e instalaciones Capital
		Mercaderías Capital
		Equipos electrónicos Capital

¿Contrata mercadería en cuenta corriente? Sí No

Las modalidades de contratación "Existencias Totales" y "Desglosado en capítulos" son excluyentes, debe seleccionar una de las opciones.

En caso de siniestro, deberá disponer de documentación que demuestre la pérdida de los bienes dañados.

En caso de contratar pérdida de beneficios, deberá llenar el formulario de Pérdida Estándar (Form. 1475) o Pérdida de Beneficios por Sistema de Diferencia (Form. 3018).

DETALLAR CAPITALES POR UBICACIÓN DE RIESGO

	Ubicación	Dirección	Capitales			
			Edificio e instalaciones	Contenido general	Maquinaria	Mercadería
1						
2						
3						
4						
5						
6						

UBICACIÓN 1 Material de construcción (marcar y especificar)

Paredes	Sólidas <input type="checkbox"/>		Techos	Sólidas <input type="checkbox"/>	
Livianas no combustibles <input type="checkbox"/>			Livianas no combustibles <input type="checkbox"/>		
Livianas combustibles <input type="checkbox"/>			Livianas combustibles <input type="checkbox"/>		
Materiales combinados <input type="checkbox"/> %			Materiales combinados <input type="checkbox"/> %		

UBICACIÓN 2 Material de construcción (marcar y especificar)

Paredes	Sólidas <input type="checkbox"/>		Techos	Sólidas <input type="checkbox"/>	
Livianas no combustibles <input type="checkbox"/>			Livianas no combustibles <input type="checkbox"/>		
Livianas combustibles <input type="checkbox"/>			Livianas combustibles <input type="checkbox"/>		
Materiales combinados <input type="checkbox"/> %			Materiales combinados <input type="checkbox"/> %		

UBICACIÓN 3 Material de construcción (marcar y especificar)

Paredes		Techos	
Sólidas <input type="checkbox"/>		Sólidas <input type="checkbox"/>	
Livianas no combustibles <input type="checkbox"/>		Livianas no combustibles <input type="checkbox"/>	
Livianas combustibles <input type="checkbox"/>		Livianas combustibles <input type="checkbox"/>	
Materiales combinados <input type="checkbox"/>	%	Materiales combinados <input type="checkbox"/>	%
	%		%

Si existen más ubicaciones, sírvase adjuntar nota especificando los materiales de construcción.

SUBLÍMITES

SUBLÍMITES		Capitales
1	Remoción de escombros	
2	Hurto y/o rapiña de contenido	
3	Rotura de cristales	
4	TR Equipos electrónicos	
5	Hurto y/o rapiña de valores en local	
6	Gastos extraordinarios	
7	Reconstrucción de documentos	
8	Asalto de valores en tránsito	
9	Daños por agua e inundaciones	
10	Inclusión automática de bienes	
11	Honorarios Profesionales	
12	Gastos de extinción de incendio	
	Otros (detallar)	

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.

En caso de siniestro, el capital no se repone automáticamente.

DECLARACIÓN

Si el Contratate y el Asegurado son la misma persona, firme una sola vez.

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 Contratante Aclaración firma

C.I. código serial

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