



RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DE SEGURO OPERACIONES LOCALES BAILABLES Y SALONES DE FIESTAS

Complete este formulario marcando lo que corresponda

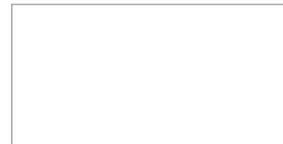
Corredor N° _____ Cliente N° _____

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.

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



SELLO DE ENTRADA

COTIZACIÓN: Sí No

ADVERTENCIA AL 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.

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 _____

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 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

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

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

Cobertura adicional de Daños materiales a terceros a consecuencia de Incendio y/o Explosión hasta un sub-límite de:

U\$S \$ Monto del límite a cubrir

INFORMACIÓN DEL RIESGO

Tipo de actividad desarrollada Pub Salón de fiestas Discoteca o similar Otra (detallar) _____

Dueño del Local Inquilino Concesionario Otra (detallar) _____

Dirección exacta del riesgo

Calle _____ N° _____ Unidad _____ Apto. _____

Padrón N° _____ Solar N° _____ Manzana N° _____ Km. _____ Ruta _____

Teléfono _____ Localidad _____ Departamento _____

Cantidad de plantas _____

Capacidad máxima estimada del local _____ personas

Materiales constructivos en paredes _____
en techos _____

¿Existen entrepisos?: Sí No En caso afirmativo, sírvase detallar:
tipo de construcción _____ superficie estimada _____

¿Existen balcones o terrazas de acceso público?: Sí No En caso afirmativo, sírvase detallar cantidad:
superficie estimada en caso de terrazas: _____ altura de barandas y protecciones existentes: _____

¿Existen carteles exteriores?: Sí No En caso afirmativo, sírvase indicar cantidad:
dimensiones _____ tipo material construcción _____

¿Existen otros elementos sin declarar que formen parte de los predios y que puedan ser considerados en la evaluación del riesgo (por ej. estructuras, graderías, ruedos, escenarios, etc.): Sí No

En caso afirmativo, sírvase detallarlos: _____

¿Existen construcciones linderas?: Sí No

En caso afirmativo, sírvase detallar: tipo de construcción _____

ocupación (por ej. vivienda, ed. públicos, etc.) _____

¿El Local cuenta con servicio de restaurante o expedición de alimentos?: Sí No

En caso afirmativo, sírvase detallar: ¿quién provee el servicio?: la firma un tercero

cantidad de empleados de la firma afectados al servicio _____

¿Se cuenta con predio privado reservado a estacionamiento de vehículos de clientes?: Sí No

En caso afirmativo, sírvase indicar: Cantidad máxima de vehículos que caben en el predio _____

Cantidad de empleados de la firma afectados al servicio del estacionamiento _____

El predio está total o parcialmente sin cercar totalmente cercado

¿Las llaves de los vehículos estacionados quedan a cargo de: Cliente la firma

Sírvase indicar: días de funcionamiento

y sus horarios

Sírvase indicar la cantidad total de personas empleadas _____

Sírvase indicar el monto de salarios del último año _____

Sírvase indicar la recaudación por ventas, trabajos o servicios realizados el último año _____

ANTECEDENTES DE SEGUROS ANTERIORES

¿Estuvo la firma asegurada o se encuentra actualmente asegurada con un seguro de Responsabilidad Civil Operaciones?: Sí No

En caso afirmativo, sírvase indicar: Nombre del Asegurador _____

Período del Seguro Desde hasta

Razones del no mantenimiento de la cobertura _____

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 proporcionar la siguiente información

Tipo de reclamo: Judicial Extrajudicial Fecha del reclamo

Sírvase darnos una breve descripción de las circunstancias del caso _____

Tipo de reclamo: Judicial Extrajudicial Fecha del reclamo

Sírvase darnos una breve descripción de las circunstancias del caso _____

Tipo de reclamo: Judicial Extrajudicial Fecha del reclamo

Sírvase darnos una breve descripción de las circunstancias del caso _____

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 _____

