



# RESPONSABILIDAD CIVIL

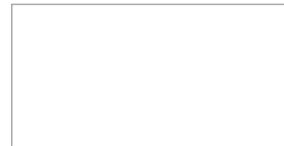
## SOLICITUD DE SEGURO OPERACIONES Y PRODUCTOS OPERACIONES DE GAS LICUADO DE PETRÓLEO

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.



SELLO DE ENTRADA

**COTIZACIÓN:** Sí  No

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 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. 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

**Nota:** Se recomienda al Asegurado expresar el monto correspondiente a "Límite máximo de cobertura por evento", en U.I. (Unidades Indexadas), respetando los mínimos exigidos por U.R.S.E.A. dependiendo de su actividad.

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

**Nota:** Se hace constar que esta cobertura ampara el riesgo de Daños Materiales a terceros a consecuencia de Incendio y/o Explosión hasta un Sub-Límite igual al Límite máximo de cobertura por evento.

### INFORMACIÓN GENERAL DE LA FIRMA

**Tipo de Operador** a - Planta de Almacenamiento  b - Planta de envasado

c - Centro de Recarga de Microgarrafas  d - Expendio  e - Depósito de Envases  f - Vehículos para Transporte de G.L.P. (\*)

(\*) En caso de elegir la opción (f) se debe presentar un detalle de los vehículos afectados a esta actividad detallando los siguientes datos (en caso de tener más de tres Vehículos, sírvase presentar listado de los mismos con los datos solicitados a continuación en este formulario):

<b>1 Tipo de Vehículo</b>	Camionetas/Autos/Triciclos/Motos <input type="checkbox"/>	Camión/Tractor <input type="checkbox"/>	Semirremolque (sin motor) <input type="checkbox"/>
Descripción del Vehículo	Marca	Año	Matrícula
	Chasis	Motor	
Seguro del Vehículo	Póliza	Cía. Aseguradora	
<b>2 Tipo de Vehículo</b>	Camionetas/Autos/Triciclos/Motos <input type="checkbox"/>	Camión/Tractor <input type="checkbox"/>	Semirremolque (sin motor) <input type="checkbox"/>
Descripción del Vehículo	Marca	Año	Matrícula
	Chasis	Motor	
Seguro del Vehículo	Póliza	Cía. Aseguradora	
<b>3 Tipo de Vehículo</b>	Camionetas/Autos/Triciclos/Motos <input type="checkbox"/>	Camión/Tractor <input type="checkbox"/>	Semirremolque (sin motor) <input type="checkbox"/>
Descripción del Vehículo	Marca	Año	Matrícula
	Chasis	Motor	
Seguro del Vehículo	Póliza	Cía. Aseguradora	

### DETALLES DE LÍMITES MÍNIMOS EXIGIDOS POR U.R.S.E.A. SEGÚN OPERATIVA

Categoría	Límite establecido
Plantas de Almacenamiento	1.200.000 U.I.
Plantas de Envasado	1.200.000 U.I.
Centros de Recarga de Microgarrafas	600.000 U.I.

Categoría	Límite establecido
Expendio	600.000 U.I.
Depósito de Envases	600.000 U.I.
Vehículos para Transporte de G.L.P.	220.000 U.I. (por vehículo)

### CUESTIONARIO (Se deberá contestar por local)

**Descripción de los edificios** Año de construcción

Colindantes  Número de pisos

Número de ascensores y/o montacargas (adjuntar certificado del servicio de mantenimiento)

Predios cercados Parcialmente: Sí  No

Totalmente: Sí  No

Salarios del último año: U\$S

Salarios estimados para esta vigencia: U\$S

Indique la recaudación del último año por ventas y/o trabajos realizados

**Visitantes en la Fábrica o los Talleres**

Indique el número aproximado al año

¿Son controlados desde la entrada y acompañados?: Sí  No

¿Existen lugares e instalaciones peligrosas

claramente marcados?: Sí  No

¿Está prohibido fumar?: Sí  No

¿Se controla prohibición?: Sí  No

Cant. de extintores revisados el

Existe: Restaurante  Cantina  Cafetería

Para el personal con capacidad para  personas

Cocina equipada con gas ciudad  gas en garrafa

electricidad

Número total de empleados afectados a esta actividad

¿Existen riesgos especiales, tales como chimenea alta, carteles en la vía pública, postes de electricidad cerca de vías públicas, cables de transporte de electricidad, carreteras, puentes, etc.: Sí  No

## OTROS SEGUROS

¿Tiene la Empresa una póliza vigente de Todo Riesgo de Contratista o Montaje? Sí  No  En caso de ser afirmativo, indique en qué consiste:

## SINIESTROS ANTERIORES

Realice una breve descripción del acontecimiento:

Fecha  Número de víctimas  Monto de los daños   
Perjuicios causados

Realice una breve descripción del acontecimiento:

Fecha  Número de víctimas  Monto de los daños   
Perjuicios causados

Realice una breve descripción del acontecimiento:

Fecha  Número de víctimas  Monto de los daños   
Perjuicios causados

## 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

