



Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° _____ Cliente N° _____
Póliza N° _____ Cotización N° _____
COTIZACIÓN SEGURO AL FIRME



SELLO DE ENTRADA

Si el Contratante es una persona distinta al Asegurado, sírvase completar el formulario Datos del 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 _____ RUT _____
Domicilio real del Asegurado
Calle _____ N° _____ Unidad _____ Apto. _____ Esq. _____
Solar N° _____ Manzana N° _____ Km. _____ Ruta _____ Teléfono _____ Celular _____ C.P. _____
E-mail principal _____ 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 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 _____

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



Cesión de derechos A favor de _____

C.I. RUT Hasta la suma de

UBICACIÓN DEL RIESGO

Establecimiento

Departamento

Georreferenciación del establecimiento (Grados Decimales) (ej: Lat. -34.9035 Long. -56.1937)

Lat. Long.

Si se asegura más de un establecimiento completar un formulario por cada uno o utilizar planilla anexa.

COBERTURAS A CONTRATAR

SILOS

Cobertura básica

Incendio, HTT, Rayo

Adicionales

Escape de ganado

Daño malicioso

FARDOS

Cobertura básica

Incendio

DATOS DEL RIESGO

Completar los datos del riesgo según el tipo de bien y el contenido asegurado.

Silos de Polietileno

Fardo

Cantidad	Precio (U\$S/fardo)	Observaciones	Cantidad	Precio (U\$S/fardo)	Observaciones
_____	_____	_____	_____	_____	_____



IMPORTANTE

La presentación de esta solicitud, no implica aceptación del seguro por parte del Banco de Seguros del Estado, quien libremente podrá rechazar la misma o condicionarla al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos para la suscripción del seguro, los cuales podrán determinar el rechazo de la presente propuesta

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

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 _____