



# RESPONSABILIDAD CIVIL

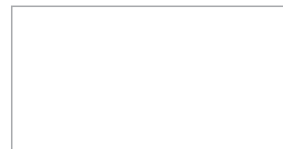
## SOLICITUD DE SEGURO OPERACIONES PÓLIZA ABIERTA PARA EMPRESAS DE CONSTRUCCIÓN

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 del 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.  N° \_\_\_\_\_ Doc. extranjero  Tipo \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

■ Apellido \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

C.I.  N° \_\_\_\_\_ Doc. extranjero  Tipo \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

■ Apellido \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

C.I.  N° \_\_\_\_\_ Doc. extranjero  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 \_\_\_\_\_

■ Daños Materiales a Terceros a consecuencia de Incendio y/o Explosión: Sí  No  hasta un sub-límite de \_\_\_\_\_

■ Corrimiento y/o hundimiento de tierras: Sí  No

■ Instalaciones subterráneas (daños a cables, caños, canalizaciones, colectores y similares): Sí  No

■ Uso de explosivos: Sí  No

■ Daños a bienes de 3° bajo custodia y control: Sí  No  hasta un sub-límite máximo de U\$S 25.000

■ Obra terminada: Sí  No  hasta un sub-límite máximo de U\$S 100.000

## INFORMACIÓN DEL RIESGO

**Sírvase indicar el tipo de obra a realizarse** \_\_\_\_\_ Trabajos en fachadas y azoteas

\_\_\_\_\_ Trabajos de albañilería internos

\_\_\_\_\_ Obras viales, caminos, nivelación de terrenos, etc.

\_\_\_\_\_ Tendidos de caños y trabajos sanitarios

\_\_\_\_\_ Colocación de estructuras: Carteles, antenas, etc.

\_\_\_\_\_ Montajes, reparaciones y tendido eléctrico

\_\_\_\_\_ Demoliciones

**Sírvase describir detalladamente la actividad de la empresa** \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO (Se deberá contestar por local)

**Recaudación por trabajos realizados** \_\_\_\_\_ Monto facturación real del último año: U\$S \_\_\_\_\_

**Indicar el monto de Valor de obra mayor del último año** \_\_\_\_\_ Monto: U\$S \_\_\_\_\_

**Indicar la vigencia mayor de las obras realizadas en el último año** \_\_\_\_\_

**Nota: En caso de ser una Empresa que inicia actividades, el monto de facturación para la presente vigencia será un valor estimado**

**Adjuntar datos sobre ubicación y predios cercanos al edificio del Asegurado**

## ANTECEDENTES SINIESTRALES

¿Ha tenido reclamaciones por hechos derivados de la actividad de la empresa en los últimos 5 años?: Sí  No

En caso afirmativo, sírvase indicar: Número de reclamos judiciales

Número de reclamos extrajudiciales

Adjunte un resumen sucinto indicando en cada caso: Personas demandadas

Monto reclamado

Estado del proceso

Monto pagado o estimado

Breve descripción de las circunstancias del caso

¿Conoce 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 \_\_\_\_\_

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

