



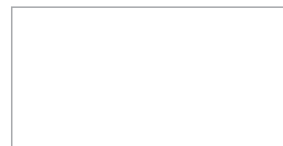
# RIESGOS VARIOS

## SOLICITUD DE SEGURO BIENES EN EXPOSICIÓN

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° \_\_\_\_\_ Cliente N° \_\_\_\_\_ Póliza N° \_\_\_\_\_

**COTIZACIÓN**  **SEGURO AL FIRME**



SELLO DE ENTRADA

### SOLICITUD

Solicito del Banco de Seguros del Estado, una póliza de seguro para los bienes que se detallan en inventario y/o tasación adjunta, 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.

Este seguro cubre la pérdida o el daño material a consecuencia de cualquier causa accidental no excluida por las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

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 \_\_\_\_\_ 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° \_\_\_\_\_

### 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 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** Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_

### DATOS DEL RIESGO

**Riesgo a cubrir** Todo riesgo: Sí  No  Hurto e Incendio: Sí  No

Cobertura adicional de transporte para objetos con estadía \_\_\_\_\_

Detalle los traslados

Terrestre  Aéreo  Marítimo

**Objeto del seguro** Obras de arte  Valor en U\$\$ \_\_\_\_\_

Vehículos y maquinaria  Valor en U\$\$ \_\_\_\_\_

Joya, dinero, valores  Valor en U\$\$ \_\_\_\_\_

Documentos, antigüedades y otros  Valor en U\$\$ \_\_\_\_\_

**Total U\$\$**

**Justifique y detalle el valor de los objetos declarados (tasación, factura, otros)**

### UBICACIÓN DEL RIESGO

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Unidad \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_

Padrón N° \_\_\_\_\_ Solar N° \_\_\_\_\_ Manzana N° \_\_\_\_\_ Km. \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

¿Tiene previsto ejecutar alguna obra en las instalaciones donde participen contratistas?: Sí  No

En caso afirmativo, sírvase explicar en detalle \_\_\_\_\_

## CONDICIÓN DE ASEGURABILIDAD

Para capitales superiores a U\$S 100.000 o su equivalente en moneda nacional, se deberá contar con los siguientes elementos de seguridad, alarma que proteja los artículos asegurados, caja fuerte empotrada con reloj de retardo, cerradura de puertas y/o ventanas exteriores con cerradura de 5 palancas.

## SINIESTROS ANTERIORES

¿Ha sufrido pérdidas por robos, asaltos, incendios, extravíos, etc.? Sí  No

### Datos sobre siniestros anteriores

FECHA	MONTO DE LAS PÉRDIDAS	BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## ESTE SEGURO ENTRA EN VIGENCIA A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA ACEPTADO POR LA GERENCIA

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

