



COMBINADO COMERCIO

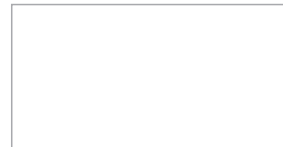


SOLICITUD DE SEGURO VALOR TOTAL

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° _____ Cliente N° _____ Póliza N° _____

Si el Contratante es una persona distinta al Asegurado, sírvase completar el formulario Datos del Contratante (F. 2434) y adjuntar al presente.



SELLO DE ENTRADA

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 o Actividad _____
 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 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 _____ 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

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 _____

Vigencia del seguro Desde hasta

Cesión de derechos - Derechos de indemnización transferidos a:

Apellido _____ Nombres _____

C.I. _____ RUT _____

UBICACIÓN DEL RIESGO

Calle _____ N° _____ Unidad _____ Apto. _____

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

Localidad _____ Departamento _____

DOCUMENTACIÓN A EXHIBIR

Indique qué documentos exhibirá en caso de siniestro para demostrar la pérdida de los bienes hurtados o dañados:

La omisión de indicación específica en este ítem, puede dar lugar a la exclusión del siniestro.

EXISTENCIAS

Los capítulos asegurados podrán considerarse como seguros independientes o como un solo seguro. En el primer caso se indicará el capital a cubrir para cada capítulo a asegurar. En el segundo caso se indicará solamente el capital total a asegurar:

Seguros independientes Un solo seguro **Capital total** _____

Cap. I Mercaderías y/o materias primas y/o trabajos terminados y/o en procesos, del H. I. Monto _____
ramo del solicitante

Cap. II Máquinas industriales con sus accesorios y sus instalaciones y/o herramientas H. I. Monto _____
y/o instalaciones del local, destinados a la actividad del mismo. Muebles, útiles
y máquinas de oficina (con características).

Riesgos adicionales a cubrir

Hurto por tumulto <input type="checkbox"/>	Hurto por complicidad del dependiente <input type="checkbox"/>
Incendio por tumulto <input type="checkbox"/>	Huracanes, tornados y tempestades <input type="checkbox"/>
Daños materiales por tumulto <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
Explosión <input type="checkbox"/>	(detallar) _____
Precipitación de aviones y embestida de vehículos <input type="checkbox"/>	

¿Contrata mercadería en cuenta corriente?: Sí No El capital de mercadería debe ser como mínimo U\$S 50.000

EDIFICIO

Incendio del Edificio Capital _____

A PRIMER RIESGO**Dinero en efectivo y valores de fácil convertibilidad**Capital _____ Asalto Hurto y Asalto (exclusivamente con caja fuerte) **De la caja fuerte, sírvase indicar** Marca _____ Peso _____ Kg. _____**Riesgos adicionales a cubrir** Complicidad de Empleados Tumulto y/o Huelgas Incendio **Cristales** Capital _____**BIENES DE TERCEROS****Salvo voluntad expresa del solicitante en contrario, las existencias propiedad de terceros están****incluidas en este seguro** ¿Se deben excluir?: Sí No **RELACIÓN COMERCIAL ENTRE EL PROPONENTE Y EL OBJETO DEL SEGURO****Indique la misma****¿TIENE SEGURO DE INCENDIO SOBRE EL MISMO RIESGO?**Sí No en caso afirmativo, indique:

Nombre de la compañía _____ Monto _____

IMPORTANTE

La aceptación de este seguro está condicionada a la información sobre el estado del riesgo y al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos por el Banco de Seguros del Estado para la suscripción del seguro, los cuales podrán determinar el rechazo de la presente solicitud, a criterio exclusivo del Banco.

Salvo indicación expresa en contrario, y en caso de no existir observaciones sobre la información aportada, el seguro entra en vigencia al mediodía siguiente de aceptada esta solicitud.

Los contratos están sujetos al sistema de renovación automática, excepto en los casos de pólizas por término corto.

Una vez aceptado el seguro, el Asegurado está obligado a hacer uso de todas las medidas de seguridad físicas con que cuenta el riesgo.

Nota: En caso de ocurrir modificaciones acerca de lo declarado en este informe de riesgo, se deberá dar aviso escrito al Banco en forma inmediata.

DECLARACIÓN**Si el Contratante y el Asegurado son la misma persona, firme una sola vez.**

Declaro conocer y haber sido instruido sobre el contenido de las cláusulas de las Condiciones Generales y Específicas bajo las cuales el Banco de Seguros del Estado asume el o los riesgos que propongo, las acepto en su totalidad, y garantizo que cada una de las respuestas que he dado es amplia, correcta y exacta.

Fecha

Firma del Contratante o Asegurado Primer Titular _____ Aclaración firma _____

C.I. _____ código serial _____

Fecha

Firma del Asegurado Segundo Titular _____ 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 _____

DE USO INTERNO

Clave _____

