



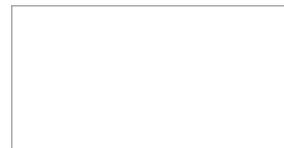
# RIESGOS VARIOS

## SOLICITUD DE SEGURO MAQUINARIA FIJA EN LEASING

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° \_\_\_\_\_ Cliente N° \_\_\_\_\_ Póliza 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 \_\_\_\_\_ Emp. Unipersonal: Sí  No  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 \_\_\_\_\_

### Indicar datos de los integrantes de la Razón Social

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

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

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

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

Apellidos \_\_\_\_\_ 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 ACREEDOR

Nombre completo \_\_\_\_\_

**Tipo de Acreedor** Co-Titular Conjunto  Genérico  Co-Titular Indistinto  **Porcentaje de participación** \_\_\_\_\_ %

### DATOS DEL CONTRATO

**Forma de pago** Moneda: \$  U\$S  Contado  Financiado  Cant. cuotas \_\_\_\_\_ aclaración \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

### CALIDAD DEL CONTRATANTE DEL SEGURO

Propietario  Promitente comprador  Usuario  Co-Propietario

Otro (especificar)

### TIPO DE MAQUINARIA

Grupo Electrónico  para Imprentas  para Curtiembres  para Riego

para Fábricas  para Oficinas  para Industria Alimenticia

Otro (sírvase detallar)

### DATOS DE LA MAQUINARIA

**Valor asegurado o declarado de la máquina** \$  U\$S  suma:

#### Descripción

Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Año de fabricación \_\_\_\_\_

Identificación (serie) \_\_\_\_\_ Situación en el predio: ubicado en exteriores  ubicado en interiores

### RIESGOS A CUBRIR

Todo Riesgo  Incendio y HTT  Hurto, Incendio y HTT

**Coberturas adicionales** Tumulto  Fidelidad

**Nota:** Se hace constar que para bienes ubicados en el exterior, la única cobertura amparable es la de "Incendio y HTT".

### Siniestralidad de los últimos 5 años

Fecha  Causa \_\_\_\_\_ Monto del siniestro \_\_\_\_\_ Daños  RC

Fecha  Causa \_\_\_\_\_ Monto del siniestro \_\_\_\_\_ Daños  RC

Fecha  Causa \_\_\_\_\_ Monto del siniestro \_\_\_\_\_ Daños  RC

### IMPORTANTE

La aceptación de este seguro, está condicionada 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 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.

En caso de siniestro, el capital no se repone automáticamente.

## CONSTANCIA

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

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

