



RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DE SEGURO OPERACIONES / PROFESIONAL HOSPITALES, CLÍNICAS, CASAS DE SALUD, HOGAR DE ANCIANOS Y SANATORIOS



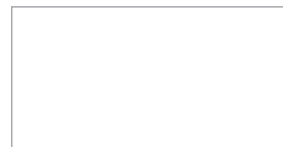
Complete este formulario marcando lo que corresponda

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

ADVERTENCIA AL ASEGURADO

El presente cuestionario intenta resumir los aspectos relevantes que el Banco de Seguros del Estado evaluará para preparar una cotización. Por ello, es importante que la información sea clara y lo más precisa posible.

Si el cuestionario no destaca aspectos específicos que Ud. considera relevantes o si el espacio es insuficiente para una respuesta completa, por favor agregue la información que considere apropiada para evaluar su riesgo y todo aquél elemento que pueda influir en los términos de la cobertura.

La reticencia en la información podrá perjudicar su derecho a la indemnización ante un eventual siniestro.

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

Cobertura adicional de Daños materiales a terceros a consecuencia de Incendio y/o Explosión hasta un sub-límite de:

U\$S \$ Monto del límite a cubrir

INFORMACIÓN DEL RIESGO

Tipo de actividad desarrollada Hospital General: Sí No Sanatorio: Sí No Clínica psiquiátrica: Sí No
Clínica Oftalmológica, odontológica: Sí No Hogar de ancianos/Residencial: Sí No
Otros (sírvese detallar): Sí No

Interés de cobertura RC Operaciones
RC Profesional : Institución Institución y dependientes (incluyendo titulados)

Sírvese detallar la lista de las personas cuya responsabilidad profesional se desea con precisión de:

Apellidos _____	Nombres _____
Su especialización _____	Su función exacta _____
Apellidos _____	Nombres _____
Su especialización _____	Su función exacta _____
Apellidos _____	Nombres _____
Su especialización _____	Su función exacta _____

Sírvese detallar profesionales paramedicales y varias, especificando la cantidad de personas Practicantes _____
Asistentes _____ Otros asistentes paramedicales _____ Emp. sin contacto directo con los enfermos _____ Enfermeros _____

Sírvese detallar la cantidad de Camas _____ Camas en CTI _____
La Institución cuenta con Servicio de Ambulancia Aparatos de electroterapia
Aparatos de Rayos X para diagnóstico Otros aparatos para diagnóstico

Sírvese indicar la cantidad total de empleados _____

Sírvese indicar el monto de salarios del último año _____

Sírvese indicar la recaudación por ventas, trabajos o servicios realizados el último año _____

Para cada local de operaciones sírvase detallar

Dirección exacta del riesgo

Calle _____ N° _____ Unidad _____ Apto. _____

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

Teléfono _____ Localidad _____ Departamento _____

Superficies Total del predio _____

Materiales constructivos en paredes de los locales _____
en techos de los locales _____

¿Existen entresijos?: Sí No En caso afirmativo, detallar:
 tipo de construcción _____ superficie estimada _____

¿Existen carteles exteriores?: Sí No En caso afirmativo, detallar:
 dimensiones _____ tipo material construcción _____

Vías de evacuación ¿Están correctamente señalizadas de manera que sean fácilmente visibles desde cualquier punto?: Sí No
 ¿Cuántas son las salidas?: _____ ¿Las puertas se abren hacia el exterior?: Sí No

¿Existen otros elementos sin declarar que formen parte de los predios y que puedan ser considerados en la evaluación del riesgo (por ej. estructuras, graderías, ruedos, escenarios, etc.): Sí No
 En caso afirmativo, sírvase detallarlos: _____

¿Existen construcciones linderas?: Sí No En caso afirmativo, detallar:
 tipo de construcción _____
 ocupación (por ej. vivienda, ed. públicos, etc.) _____

TRATAMIENTO POR SUSTANCIAS RADIATIVAS

Radio Radio isótopo Cobalto otros (especificar) _____
 Número de milicuries _____ Marca _____ año de construcción _____
 Descripción de las protecciones contra el escape de radiaciones _____

Protección del paciente y de los operadores por medio de _____
 En caso de corte en el suministro de electricidad, describir el sistema de seguridad _____

¿Se controla a toda persona que ingresa a la sala en la cual se encuentra el aparato?: Sí No
 Utilización del aparato por estudiantes: describir la vigilancia y los controles _____

FABRICACIÓN DE PRODUCTOS

Precisar si el solicitante fabrica él mismo o colabora en la fabricación de productos: Sí No En caso afirmativo, sírvase indicar el nombre de cada producto _____

su año de aprobación por el Ministerio de Salud Pública _____ su finalidad _____
 y el volumen de ventas de los últimos tres años _____

OTROS SEGUROS - Sírvase detallar lo siguiente

	<u>Capital o límite</u>	<u>Compañía Aseguradora</u>
Pólizas de Responsabilidad Civil vigentes	_____	_____
Pólizas de otros riesgos	_____	_____

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: Carátula del proceso, fecha del evento, fecha del reclamo, personas demandadas monto reclamado, estado del proceso, monto pagado o estimado y 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 _____

EXPRESA CONSTANCIA

Este seguro sólo cubrirá hechos originados y denunciados y/o reclamados durante la vigencia.

ACLARACIÓN

Este seguro entra en vigencia a partir de la fecha en que sea aceptado por la Gerencia.

DECLARACIONES

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 _____

