



# RESPONSABILIDAD CIVIL

## SOLICITUD DE SEGURO OPERACIONES OPERACIONES Y PRODUCTOS

Complete este formulario marcando lo que corresponda

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

Póliza N° \_\_\_\_\_ Solicitud 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 Fisica (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 \_\_\_\_\_

**RC Daños materiales a terceros a consecuencia de Incendio y/o Explosión** U\$S  \$  Monto del límite a cubrir \_\_\_\_\_

**RC Daños a mercadería de terceros** U\$S  \$  Monto del límite a cubrir \_\_\_\_\_

**RC Uso de explosivos** U\$S  \$  Monto del límite a cubrir \_\_\_\_\_

## DEDUCIBLES

**NOTA:** El Deducible es la cantidad de dinero establecida en las Condiciones Particulares de la póliza, que el Asegurado asumirá a su cargo en caso de siniestro.

¿Desea contratar deducibles especiales para la presente cotización?: Sí  No  en caso afirmativo, sírvase indicar la opción de deducible:

**Opción 1** - Deducible fijo por siniestro (en caso de solicitarse un deducible menor al Deducible Mínimo del producto, se aplicará éste último) equivalente a U\$S \_\_\_\_\_.

**Opción 2** - Deducible variable calculado al momento del siniestro como el 0%  5%  10%  15%  20%  del valor del siniestro con importe mínimo equivalente al Deducible Mínimo del producto o al deducible propuesto en la opción anterior según corresponda.

## INFORMACIÓN DEL RIESGO

**Indique el Comercio o Industria explotada** \_\_\_\_\_

**Indique los países donde opera** \_\_\_\_\_

**Indique los límites territoriales de la cobertura** \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO

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

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

## EN CASO DE QUERER CUBRIRSE POR EL RIESGO PRODUCTOS, SÍRVASE LLENAR EL SIGUIENTE CUESTIONARIO

**Descripción completa del producto fabricado y/o a entregar** \_\_\_\_\_ Agregar folletos y catálogos \_\_\_\_\_

En caso de productos químicos y/o farmacéuticos se deberá contar con el listado de productos comercializados, incluyendo nombre del producto, composición de droga activa, forma de aplicación (si es en comprimidos, vacuna oral, inyección, etc.) y acción terapéutica.

**Distribución** \_\_\_\_\_ República Oriental del Uruguay

\_\_\_\_\_ MERCOSUR

\_\_\_\_\_ Todo el mundo (excepto Estados Unidos y Canadá)

\_\_\_\_\_ Todo el mundo

**Uso de los productos** \_\_\_\_\_ Destinado a insumos y/o para consumidor final

\_\_\_\_\_ Destinado exclusivamente a consumidor final

\_\_\_\_\_ Destinado exclusivamente a insumos o componentes de otros productos

**Composición** \_\_\_\_\_ Productos elaborados con insumos propios y/o adquiridos a terceros

\_\_\_\_\_ Productos elaborados con insumos adquiridos a terceros

\_\_\_\_\_ Productos elaborados con insumos propios de la firma

**Exportaciones**

Sírvase proporcionar información completa sobre exportaciones, incluyendo porcentaje de la facturación total de mercaderías que son para mercado local y para el exterior, mención de países a donde se exporta y distribución porcentual con respecto al total de facturación para cada país.  
 Describir la organización de venta en el extranjero.

**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 \_\_\_\_\_

**¿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

C.I.  código Aclaración de firma

## 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

