



RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DE SEGURO INSTITUCIONES DEPORTIVAS

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° _____ Cliente N° _____

Solicitud N° _____ Póliza N° _____



SELLO DE ENTRADA

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.

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.

ADVERTENCIA Y DATOS DEL 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.

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° _____

Ubicación de la Administración y Riesgo

Calle _____ N° _____ Unidad _____ Apto. _____

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

Teléfono _____ 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 la Ubicación de la Administración y Riesgo, 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 **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****Establecimientos a asegurarse** _____**Tipo de Institución**Empresas de alquiler de canchas Clubes deportivos o plurideportivos Instituciones _____ otras (especificar) _____**Predios, sírvase dar una breve descripción de los mismos**

Descripción del Edificio _____ Sírvase indicar la cantidad de plantas _____

Sírvase indicar la cantidad de plazas _____

Sírvase indicar la cantidad de ascensores _____

Marca _____

Capacidad _____ personas _____

Revisados cada _____ meses, por _____

Deberá adjuntar Certificado de los Servicios de Mantenimiento _____

Local para guardar objetos confiados _____ ¿Permanece cerrado?: Sí No Sírvase indicar si la vigilancia es: día noche

Estacionamiento _____ Sírvase indicar la cantidad de plazas _____

Carteles exteriores¿Existen?: Sí No en caso afirmativo, sírvase detallar lo siguiente _____

Cantidad _____ y tipo de material de construcción _____

Vías de evacuación¿Están correctamente señalizadas de manera que sean fácilmente visibles desde cualquier punto?: 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 _____

Sírvase dar una lista de las actividades de la Institución

Sírvase dar una breve descripción de los edificios (ascensores y montacargas, adjuntar certificado del servicio de mantenimiento)

Tribunas

Cantidad _____ Capacidad _____

Construcción: metal hormigón otros (especificar) _____

Instalaciones tales como

Piscinas cantidad _____ (en caso afirmativo, sírvase llenar cuestionario complementario)

Canchas de: tenis fútbol básquetbol paddle polo golf
otras (especificar) _____

Actividades, sírvase precisar si se organizan

Competiciones _____ internas regionales nacionales internacionales

¿Existe Restaurante o Bar? Sí No en caso afirmativo, sírvase indicar el número de empleados que atiende público _____

¿Quién provee el servicio?: la firma un tercero

Funciona sólo para los residentes o para público en general

¿Se sirven bebidas alcohólicas?: Sí No

¿Las bebidas/comidas son también vendidas para consumo fuera del establecimiento?: Sí No

Ingreso, describir cómo está organizado el control de las personas que desean entrar _____

Sírvase indicar la cantidad de Socios _____

Sobre los visitantes admitidos en tanto sean acompañados por un Socio en tanto paguen un derecho de entrada
en tanto tengan tarjetas de invitados en tanto sean familiares del socio

Sírvase dar un estimativo de personas que alquilan las instalaciones por mes _____ y de visitantes por mes _____

Sírvase indicar los precios por hora _____

Sírvase indicar los medios humanos afectados al servicio médicos socorristas monitores profesores
auxiliares otros (especificar) _____

Información mínima de seguridad _____

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 reclamo _____ Monto reclamado _____ Monto pagado o estimado _____
Fecha del evento _____ Personas demandadas _____ Estado del proceso _____ 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 _____

OTROS SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL VIGENTES O SOLICITADOS EN

Seguros	Productos	Límites	Asegurador
	Incendio		
	Robo		

ACLARACIÓN

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

Fecha Lugar _____

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 _____

