

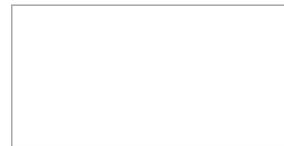


MULTIRRIESGOS

SOLICITUD DE SEGURO

Complete este formulario marcando lo que corresponda

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



SELLO DE ENTRADA

RIESGOS A CUBRIR (dependiendo si contrata SI01, SI02, SI03 o SI04)*

(*) SI01: SIE Rurales; SI02: SIE Comercio - Industria Primer Riesgo; SI03: Comercio - Industria Valor Total;

SI04: Comercio - Industria Incendio; SIE: Seguro Integral Empresas

Incendio Empresa <input type="checkbox"/>	Rs. Vs. Maquinaria Automotriz <input type="checkbox"/>	RC Estaciones de Servicio <input type="checkbox"/>
Incendio Vivienda <input type="checkbox"/>	Rs. Vs. Antenas, Torres o Estructuras <input type="checkbox"/>	RC Institutos de Enseñanza <input type="checkbox"/>
Familia Hogar <input type="checkbox"/>	Rs. Vs. Objetos Varios <input type="checkbox"/>	RC Bares y Restaurantes <input type="checkbox"/>
Hogar Total <input type="checkbox"/>	RC Operaciones Agropecuarias <input type="checkbox"/>	RC Hospedajes (Hoteles) <input type="checkbox"/>
Combinado Primer Riesgo <input type="checkbox"/>	RC Establecimientos Agroturísticos <input type="checkbox"/>	Cristales primer Riesgo <input type="checkbox"/>
Combinado Valor Total <input type="checkbox"/>	RC Operaciones y Productos <input type="checkbox"/>	Cristales Valor Total <input type="checkbox"/>

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 _____

Empresa Unipersonal: Sí No RUT Padrón Edificio Of. Pública N° _____

Fecha de inicio de actividades _____ Actividad _____

Socios integrantes de la firma

Socio 1: Apellido _____ Nombres _____
C.I. N° _____ Doc. extranjero Tipo _____ País _____ N° _____

Socio 2: Apellido _____ Nombres _____
C.I. N° _____ Doc. extranjero Tipo _____ País _____ N° _____

Socio 3: 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 _____ 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 alguna de las dos preguntas anteriores, deberá completar el formulario correspondiente para Personas Políticamente Expuestas (Fórm. 3235).

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

Promoción

Vigencia del seguro Desde hasta

Régimen impositivo especial Recinto aduanero Recinto portuario Zona franca

Cesión de derechos Apellidos Nombres

C.I. RUT

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

