



# RESPONSABILIDAD CIVIL

## SOLICITUD DE SEGURO TALLERES MECÁNICOS Y AFINES (excepto Estaciones de Servicio y Parkings)



Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° \_\_\_\_\_ Cliente 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.

SELLO DE ENTRADA

**COTIZACIÓN**  **SEGURO AL FIRME**

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 \_\_\_\_\_

### Socios integrantes de la firma

Apellido	Nombres
C.I. <input type="checkbox"/> N° _____ Doc. extranjero <input type="checkbox"/> Tipo _____ País _____ N° _____	
Apellido	Nombres
C.I. <input type="checkbox"/> N° _____ Doc. extranjero <input type="checkbox"/> Tipo _____ País _____ N° _____	
Apellido	Nombres
C.I. <input type="checkbox"/> N° _____ Doc. extranjero <input type="checkbox"/> 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 DEL RIESGO (se deberá contestar por local)**

**Características del riesgo**

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Unidad \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_

Padrón N° \_\_\_\_\_ Solar N° \_\_\_\_\_ Manzana N° \_\_\_\_\_ Km. \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

Año de construcción \_\_\_\_\_ Número de pisos \_\_\_\_\_ Colindantes \_\_\_\_\_

Ocupados por \_\_\_\_\_

Capacidad (plazas de vehículos) \_\_\_\_\_ ¿El predio está totalmente cerrado?: Sí  No

¿El predio está totalmente techado?: Sí  No  ¿Tiene vigilancia permanente?: Sí  No

Sírvase describir la actividad de la empresa \_\_\_\_\_

Número de elevadores \_\_\_\_\_

Número de extintores de incendio \_\_\_\_\_

Revisados el

Cantidad de personas empleadas \_\_\_\_\_

Salarios del último año: U\$\$ \_\_\_\_\_

Salarios estimados para el presente año: U\$\$ \_\_\_\_\_

Ventas totales de los dos últimos años: U\$\$ \_\_\_\_\_

Ventas estimadas para esta vigencia: U\$\$ \_\_\_\_\_

¿Posee Maquinaria Autopropulsada?: Sí  No

En caso afirmativo sírvase presentar listado de las mismas \_\_\_\_\_

**Traslado de vehículos de terceros** ¿Se hacen desde y hacia el domicilio del cliente?: Sí  No  Indicar cant. de choferes \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA COBERTURA**

Límites: U\$\$  \$  Monto del límite a cubrir \_\_\_\_\_

**COBERTURAS ADICIONALES**

**Responsabilidad Civil Daños Materiales a terceros por Incendio / Explosión**

**Responsabilidad Civil por daños a vehículos bajo cuidado y control del Asegurado**

Incendio: Sí  No  Sub-límite por evento y/o vehículo \_\_\_\_\_

Hurto: Sí  No  Sub-límite por evento y/o vehículo \_\_\_\_\_

**Traslados desde y hacia el domicilio del Cliente** Sí  No  Sub-límite máximo por evento y/o vehículo \_\_\_\_\_

- Se deja constancia que, para el riesgo de hurto, se deberá cumplir con las siguientes normas:

1 - el local contará con vigilancia permanente.

2 - cuando no se trabaje en los vehículos, estos quedarán cerradas con llave, y la misma así como la de contacto permanecerán en la administración y lejos del alcance de personas ajenas a la empresa.

- No se considerará hurto la entrega de vehículos por parte del Asegurado.

- No se cubren otros bienes como objetos personales, títulos, dinero u otros objetos de valor dejados en los vehículos por los clientes del Asegurado o terceras personas.

## 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

Realice breve descripción de las circunstancias del caso

Montos reclamados

¿Conoce algún hecho derivado de la actividad de la empresa que pueda originar reclamaciones?: Sí  No

En caso afirmativo, sírvase realizar una breve descripción del hecho

## ACLARACIÓN

**Este seguro no entra en vigencia hasta tanto no sea aceptado por el banco de Seguros del Estado**

## 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

