



# RESPONSABILIDAD CIVIL

## SOLICITUD DE SEGURO OPERACIONES LOCALES BAILABLES Y SALONES DE FIESTAS

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.

El Banco de Seguros del estado 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 de 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. <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 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** Pub  Salón de fiestas  Discoteca o similar  Otra  (detallar) \_\_\_\_\_

**Dueño del Local** Inquilino  Concesionario  Otra  (detallar) \_\_\_\_\_

**Dirección exacta del riesgo**

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

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

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

**Cantidad de plantas** \_\_\_\_\_

**Capacidad máxima estimada del local** \_\_\_\_\_ personas

**Materiales constructivos** en paredes \_\_\_\_\_  
en techos \_\_\_\_\_

**¿Existen entrepisos?:** Sí  No  En caso afirmativo, sírvase detallar:  
tipo de construcción \_\_\_\_\_ superficie estimada \_\_\_\_\_

**¿Existen balcones o terrazas de acceso público?:** Sí  No  En caso afirmativo, sírvase detallar cantidad:  
superficie estimada en caso de terrazas: \_\_\_\_\_ altura de barandas y protecciones existentes: \_\_\_\_\_

**¿Existen carteles exteriores?:** Sí  No  En caso afirmativo, sírvase indicar cantidad:  
dimensiones \_\_\_\_\_ tipo material construcción \_\_\_\_\_

**¿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, sírvase detallar: tipo de construcción \_\_\_\_\_

ocupación (por ej. vivienda, ed. públicos, etc.) \_\_\_\_\_

**¿El Local cuenta con servicio de restaurante o expedición de alimentos?:** Sí  No

En caso afirmativo, sírvase detallar: ¿quién provee el servicio?: la firma  un tercero

cantidad de empleados de la firma afectados al servicio \_\_\_\_\_

**¿Se cuenta con predio privado reservado a estacionamiento de vehículos de clientes?:** Sí  No

En caso afirmativo, sírvase indicar: Cantidad máxima de vehículos que caben en el predio \_\_\_\_\_

Cantidad de empleados de la firma afectados al servicio del estacionamiento \_\_\_\_\_

El predio está total o parcialmente sin cercar  totalmente cercado

¿Las llaves de los vehículos estacionados quedan a cargo de: Cliente  la firma

**Sírvase indicar:** días de funcionamiento

y sus horarios

**Sírvase indicar la cantidad total de personas empleadas** \_\_\_\_\_

**Sírvase indicar el monto de salarios del último año** \_\_\_\_\_

**Sírvase indicar la recaudación por ventas, trabajos o servicios realizados el último año** \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES DE SEGUROS ANTERIORES

**¿Estuvo la firma asegurada o se encuentra actualmente asegurada con un seguro de Responsabilidad Civil Operaciones?:** Sí  No

En caso afirmativo, sírvase indicar: Nombre del Asegurador \_\_\_\_\_

Período del Seguro Desde  hasta

Razones del no mantenimiento de la cobertura \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES DE RECLAMOS POR RESPONSABILIDAD CIVIL

**¿Conoce Ud. 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 \_\_\_\_\_

**¿Hay antecedentes de siniestros anteriores?:** Sí  No

En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información

Tipo de reclamo: Judicial  Extrajudicial  Fecha del reclamo

Sírvase darnos una breve descripción de las circunstancias del caso \_\_\_\_\_

Tipo de reclamo: Judicial  Extrajudicial  Fecha del reclamo

Sírvase darnos una breve descripción de las circunstancias del caso \_\_\_\_\_

Tipo de reclamo: Judicial  Extrajudicial  Fecha del reclamo

Sírvase darnos una breve descripción de las circunstancias del caso \_\_\_\_\_

#### 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 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

