



INCENDIO / COMBINADOS

SOLICITUD DE SEGURO PÉRDIDA DE BENEFICIOS ESTÁNDAR (Beneficio y gastos permanentes especificados)

Complete este formulario marcando lo que corresponda

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

Si el Contratante es una persona distinta al Asegurado, sírvase completar el formulario Datos del Contratante (F. 2434) y adjuntar al presente.

SELLO DE ENTRADA

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 _____ Naturaleza del negocio _____

Domicilio real del Asegurado

Calle _____ N° _____ Unidad _____ Apto. _____ Esq. _____
Solar N° _____ Manzana N° _____ Km. _____ Ruta _____ Teléfono _____ Celular _____ C.P. _____
E-mail principal _____ 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 Contado Financiado Cant. 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 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 _____

Vigencia del seguro Desde _____ hasta _____



GASTOS PERMANENTES ANUALES A CUBRIRSE

¿Deben asegurarse todos los gastos permanentes?: Sí No

¿Incluyendo los sueldos que han de continuarse después del incendio?: Sí No

En caso afirmativo, sírvase indicar el porcentaje que dichos sueldos representan del total de sueldos _____

Si todos los gastos permanentes no deben cubrirse, eliminar de la siguiente lista los que no se deseen asegurar

La suma a asegurar debe representar el Total del Beneficio Neto y todos los Gastos Permanentes del Negocio (o los que deseen asegurar) **por todo el año**, aunque el período de indemnización fuere menor de un año. Pueden incluirse gastos permanentes no previstos.

Alquileres \$ _____	Transporte \$ _____
Sueldos, salarios y honorarios de Dirección \$ _____	Honorarios de Auditores y Asesores Letrados \$ _____
Reservas y desvalorizaciones (amortizaciones) \$ _____	Intereses de préstamos e hipotecas \$ _____
Comisiones \$ _____	Gastos de Bancos \$ _____
Derechos a impuestos \$ _____	Gastos varios no excediendo el 5% del total de gastos permanentes especificados \$ _____
Premios de seguros \$ _____	Total de gastos permanentes a asegurarse \$ _____
Gastos de viaje \$ _____	Beneficio neto que se desea asegurar \$ _____
Gastos de propaganda \$ _____	Total de la suma a asegurar \$ _____

PERÍODO POR EL CUAL SE CONTRATA LA INDEMNIZACIÓN

_____ meses consecutivos después del incendio.

Vigencia Desde hasta

CUESTIONARIO

¿Desde cuándo tiene establecido el negocio en este local?: ¿o en otros locales?:

Anteriormente en la calle _____ N° _____ Unidad _____ Apto. _____

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

Localidad _____ Departamento _____ ¿Años? _____

¿Ha experimentado siniestros de incendio, explosión, etc.?: Sí No En caso afirmativo, sírvase indicar detalles _____

¿Le ha sido rechazada alguna propuesta de seguro de incendio o de esta especie, o se le han exigido

condiciones especiales o se ha rehusado renovar su seguro?: Sí No

En caso afirmativo, sírvase dar detalles _____

¿Se lleva contabilidad organizada y al día?: Sí No ¿Los libros están rubricados?: Sí No

¿Los libros son revisados con regularidad por Auditores?: Sí No Sírvase indicar de éstos: _____

Nombres _____ Apellidos _____

Dirección: Calle _____ N° _____ Unidad _____ Apto. _____

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

Localidad _____ Departamento _____

¿Tiene establecido otro negocio en otro local?: Sí No Sírvase dar detalles del mismo _____

OTROS SEGUROS

Sírvase detallar los seguros existentes cubriendo el riesgo de Incendio sobre el contenido del local o locales objeto de la presente solicitud de seguro de **Pérdida de Beneficios**

Indique el monto del premio anual abonado por dichos seguros

Indique el nombre de la Compañía de Seguros con mayor participación

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.

Asumo la responsabilidad de las mismas y me obligo a abonar el importe del premio, como así también a declarar al Banco de Seguros del Estado cualquier modificación o variación que se produzca durante la vigencia del seguro.

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

LIQUIDACIÓN DEL PREMIO

Premio anual	\$
	\$
	\$
	\$
Impuesto	\$
	\$