

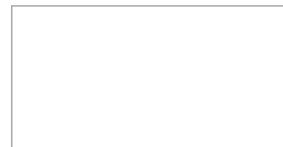


RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DE SEGURO OPERACIONES OPERACIONES AGROPECUARIAS

Complete este formulario marcando lo que corresponda

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

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 del Contratante (F. 2434) y adjuntar al presente.

DATOS DEL ASEGURADO

Razón Social _____ Giro o Actividad _____
Nombre de Fantasía _____ Emp. Unipersonal: Sí No RUT _____

Socios integrantes de la firma

<input type="checkbox"/>	Apellido _____	Nombres _____			
	C.I. <input type="checkbox"/> N° _____	Doc. extranjero <input type="checkbox"/>	Tipo _____	País _____	N° _____
<input type="checkbox"/>	Apellido _____	Nombres _____			
	C.I. <input type="checkbox"/> N° _____	Doc. extranjero <input type="checkbox"/>	Tipo _____	País _____	N° _____
<input type="checkbox"/>	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

Nota: para asegurar actividades apícolas, deberá tramitarse por el Ramo RURALES, producto Colmenas.

Ubicación exacta del establecimiento _____

Tipo de Establecimiento Establecimiento Agrícola exclusivamente Establecimiento Ganadero exclusivamente
Explotación Forestal Explotación Lechera Establecimiento Agrícola y Ganadero

Hectáreas del Establecimiento _____

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 adjuntar un resumen sucinto indicando en cada caso entre otros _____

Tipo de reclamo: Judicial Extrajudicial Fecha del reclamo _____ Monto reclamados _____

Sírvase darnos una breve descripción de las circunstancias del caso _____

OTROS SEGUROS - Sírvase detallar lo siguiente

Capital o límite

Compañía Aseguradora

Pólizas de Responsabilidad Civil vigentes _____

Pólizas de otros riesgos _____

ACLARACIÓN

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

Localidad _____ Departamento _____

DECLARACIONES

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

