



RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DE SEGURO OPERACIONES OPERACIONES Y PRODUCTOS

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° _____ Cliente N° _____

Póliza N° _____ Solicitud 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.

SELLO DE ENTRADA

COTIZACIÓN: Sí No

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 _____

Nombre de Fantasía _____ Emp. Unipersonal: Sí No RUT _____

Socios integrantes de la firma

■ Apellido _____ Nombres _____
C.I. N° _____ Doc. extranjero Tipo _____ País _____ N° _____

■ Apellido _____ Nombres _____
C.I. N° _____ Doc. extranjero Tipo _____ País _____ N° _____

■ Apellido _____ Nombres _____
C.I. N° _____ Doc. extranjero 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 _____

Daños materiales a terceros a consecuencia de Incendio y/o Explosión U\$S \$ Monto del límite a cubrir _____

Daños por impacto exterior visible a mercadería de terceros U\$S \$ Monto del límite a cubrir _____

DEDUCIBLES

NOTA: El Deducible es la cantidad de dinero establecida en las Condiciones Particulares de la póliza, que el Asegurado asumirá a su cargo en caso de siniestro.

¿Desea contratar deducibles especiales para la presente cotización?: Sí No en caso afirmativo, sírvase indicar la opción de deducible:

Opción 1 - Deducible fijo por siniestro (en caso de solicitarse un deducible menor al Deducible Mínimo del producto, se aplicará éste último) equivalente a U\$S _____.

Opción 2 - Deducible variable calculado al momento del siniestro como el 0% 5% 10% 15% 20% del valor del siniestro con importe mínimo equivalente al Deducible Mínimo del producto o al deducible propuesto en la opción anterior según corresponda.

INFORMACIÓN DEL RIESGO

Indique el Comercio o Industria explotada _____

Indique los países donde opera _____

Indique los límites territoriales de la cobertura _____

CUESTIONARIO (Se deberá contestar por local)

Recaudación por ventas o por trabajos realizados Monto facturación real del último año: U\$S _____

Nota: En caso de ser una Empresa que inicia actividades, el monto de facturación para la presente vigencia será un valor estimado

EN CASO DE QUERER CUBRIRSE POR EL RIESGO PRODUCTOS, SÍRVASE LLENAR EL SIGUIENTE CUESTIONARIO

Descripción completa del producto fabricado y/o a entregar _____ Agregar folletos y catálogos _____

En caso de productos químicos y/o farmacéuticos se deberá contar con el listado de productos comercializados, incluyendo nombre del producto, composición de droga activa, forma de aplicación (si es en comprimidos, vacuna oral, inyección, etc.) y acción terapéutica:
Transcripción de las cláusulas respectivas de los contratos o compromisos de venta:

Método de producción o de trabajo ¿Es clásico?: Sí No
¿Es novedoso?: Sí No en caso afirmativo, sírvase explica en qué consiste:

Control de calidad Sírvase describir cómo está organizado:

Recaudación bruta durante los 3 (tres) últimos años Monto _____

Exportaciones
Sírvase proporcionar información completa sobre exportaciones, incluyendo porcentaje de la facturación total de mercaderías que son para mercado local y para el exterior, mención de países a donde se exporta y distribución porcentual con respecto al total de facturación para cada país.
Describir la organización de venta en el extranjero.

Productos comprados para reventa sin modificaciones Sírvase precisar:
¿cuáles? _____
¿dónde se compran? _____
¿dónde se revenden? _____
¿cuál es el volumen de ventas? _____

Partes del producto asegurado fabricado por empresas ajenas Sírvase precisar:
¿cuáles? _____
¿dónde se compran? _____
¿cuál es el volumen comprado? _____
¿el Solicitante tiene una participación financiera en la firma proveedora?: Sí No

Productos o trabajos del Solicitante utilizados a fines experimentales o entregados a tales fines Sírvase precisar:
¿cuáles? _____
¿cuál es el volumen de ventas? _____
¿duración de los experimentos? _____

Productos novedosos vendidos desde hace menos de 2 (dos) años Sírvase precisar:
¿cuáles? _____
¿cuál es el volumen de ventas? _____

Garantía De la información dada por el Solicitante a sus Clientes (agregar el texto de declaración de garantía) Sírvase precisar:
¿cuál es la duración de la garantía de calidad? _____
¿cuál es la resistencia? _____
¿cuál es la durabilidad? _____
etc. _____
texto de declaración de garantía _____

Productos o trabajos comprados por el Solicitante en condiciones que amplían o disminuyen su responsabilidad legal Sírvase precisar:

¿cuáles?

¿cuál es el tenor del convenio referente a la Responsabilidad Civil o contractual?

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 judiciales Número de reclamos extrajudiciales

¿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 judiciales Número de reclamos extrajudiciales

Adjunte un resumen sucinto indicando en cada caso: Personas demandadas. Monto reclamado.

Estado del proceso. Monto pagado o estimado.

Breve descripción de las circunstancias del caso.

¿Conoce 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

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

C.I. código Aclaración de firma

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

