



COMBINADO COMERCIO

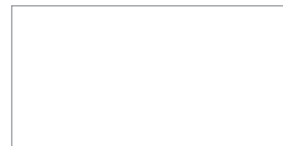
SOLICITUD DE SEGURO COMBINADO MICRO Y PEQUEÑAS EMPRESAS (hasta 19 empleados)



Complete este formulario marcando lo que corresponda

Cliente N° _____ Póliza 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 o Actividad _____
 Nombre de Fantasía _____ Emp. Unipersonal: Sí No RUT _____

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 U\$S Contado Financiado Cant. cuotas _____ Aclaración _____

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 _____

Envío de Documentación Por e-mail dirección de e-mail: _____

Domicilio real del Asegurado Mismo domicilio de entrega de factura

Duración del seguro 1 año otro (especificar) _____

Cesión de derechos Apellidos _____ Nombres _____

Observaciones _____



UBICACIÓN DEL RIESGO

Calle _____ N° _____ Unidad _____ Apto. _____
 Padrón N° _____ Solar N° _____ Manzana N° _____ Km. _____ Ruta _____
 Localidad _____ Departamento _____

ACTIVIDAD DE LA EMPRESA

Seleccione Actividad _____

RIESGOS Y CAPITALES CUBIERTOS EN U\$S

Hurto Contenido 10.000 15.000 20.000

Coberturas de edificio y contenido	MÓDULO 1 <input type="checkbox"/>	MÓDULO 2 <input type="checkbox"/>	MÓDULO 3 <input type="checkbox"/>	MÓDULO 4 <input type="checkbox"/>
Incendio Edificio	50.000	100.000	200.000	300.000
Sub límite HTT y Granizo Edificio	5.000	10.000	20.000	30.000
Sub límite Remoción de escombros	5.000	10.000	20.000	30.000
Sub límite Daños por agua	1.500	2.500	3.500	5.000
Cristales	200	300	500	750
Incendio Contenido	20.000	40.000	60.000	80.000
Sub límite HTT y Granizo Contenido	2.000	4.000	6.000	8.000
Todo Riesgo Equipos Electrónicos	1.000	1.500	2.000	2.500

Coberturas complementarias

Rapiña de dinero en local	100	150	200	300
Gastos por interrupción de actividad	10% s/pérdida cubierta	10% s/pérdida cubierta	10% s/pérdida cubierta	10% s/pérdida cubierta
Responsabilidad Civil Operaciones	30.000	50.000	75.000	100.000
Sub límite RC Daños Materiales por Incendio	6.000	10.000	15.000	20.000
Muerte Accidental en Actividad	2.000 p/evento	3.000 p/evento	4.000 p/evento	5.000 p/evento
Infidelidad de Dependientes	300	500	750	1.000
Reconstrucción de documentos	100	150	200	300
Sub límite de daños al local por hurto	20 % del capital de hurto	20 % del capital de hurto	20 % del capital de hurto	20 % del capital de hurto

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

El inmueble a asegurar tiene que ser cerrado y techado con:

- Paredes de construcción sólida de mampostería exclusivamente.
- Techos de construcción sólida (planchada) o livianos no combustibles.
- Aberturas (puertas, ventanas o banderolas) exteriores con uno o más de los siguientes elementos de seguridad:
 - Rejas de grosor mayor o igual 12 mm.
 - Aberturas con cortinas de enrollar de madera, aluminio o metálicas de chapa, de rombos o similares, con tranca interna, o en su defecto, con cerradura doble paleta, multipunto o candado de seguridad.
 - Postigones de madera o metal ciegos con candado o traba.
 - Alarma conectada a dos teléfonos (tipo B) o superior.
- Para las siguientes actividades se requerirá obligatoriamente alarma con apoyo de móvil:
 - Farmacias.
 - Comercios de venta de celulares.
 - Joyerías, relojerías o actividades asimilables.
 - Comercios de venta de instrumentos musicales y/o discos, compactos o DVD.
 - Comercios de venta de ropa y/o calzado deportivo.

IMPORTANTE

La aceptación de este seguro, está condicionada al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos por el Banco de Seguros del Estado para la suscripción del seguro, los cuales podrán determinar el rechazo de la presente solicitud, a criterio exclusivo del Banco.

Salvo indicación expresa en contrario, y en caso de no existir observaciones sobre la información aportada, el seguro entra en vigencia al mediodía siguiente de aceptada esta solicitud.

Los contratos están sujetos al sistema de renovación automática, excepto en los casos de pólizas por término corto.

Una vez aceptado el seguro, el Asegurado está obligado a hacer uso de todas las medidas de seguridad físicas con que cuenta el riesgo.

Nota: En caso de ocurrir modificaciones acerca de lo declarado en esta solicitud, se deberá dar aviso escrito al Banco en forma inmediata.

DECLARACIÓN DEL PROPONENTE Y/O ASEGURADO

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 Contratante o Asegurado Primer Titular

Aclaración firma

C.I. código serial

Fecha

Firma del Asegurado Segundo Titular

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

