



USO INTERNO: Completar con datos LEGIBLES y DENTRO del margen

Póliza N° \_\_\_\_\_ Certificado N° \_\_\_\_\_ Endoso N° \_\_\_\_\_  
Fecha emisión

## INCENDIO

### SOLICITUD DE SEGURO INCENDIO SEGURO BÁSICO

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° \_\_\_\_\_

Cliente N° \_\_\_\_\_ Cotización N° \_\_\_\_\_

Si el Contratante es una persona distinta al Asegurado, sírvase completar el formulario Datos de 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 nacimiento  Profesión \_\_\_\_\_ Sexo: femenino  masculino

RUT \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

**Empresa** Razón Social \_\_\_\_\_

Giro \_\_\_\_\_ Nombre de Fantasía \_\_\_\_\_

Empresa Unipersonal: Sí  No  RUT \_\_\_\_\_

Padrón Edificio \_\_\_\_\_ Oficina Pública N° \_\_\_\_\_

#### Domicilio Particular o Dirección de la Empresa (según corresponda)

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

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

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

#### Si la Dirección de entrega de la Factura no es la misma que el Domicilio Particular o Dirección de la Empresa, llene a continuación

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

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

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL CONTRATO

**Forma de pago** Moneda: \$  U\$S

**Contratación** Este seguro se contrata sólo Previo Pago

**Vigencia del seguro** Anual

Desde  hasta

**Régimen impositivo especial** Recinto aduanero  Recinto portuario  Zona franca



## UBICACIÓN DEL RIESGO

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Unidad \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_  
Padrón N° \_\_\_\_\_ Solar N° \_\_\_\_\_ Manzana N° \_\_\_\_\_ Km. \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_  
**Relación con el bien asegurado** Propietario  Acceptor hipotecario  Arrendatario   
Otros  (especificar) \_\_\_\_\_

### Cesión de derechos

**Persona** Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_  
C.I. \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_  
**Empresa** Razón Social \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_

**¿El terreno es propio?** Sí  No

## TIPO DE VIVIENDA

Edificio propiedad horizontal ocupados por familias u oficinas, consultorios médicos y odontológicos, pequeños institutos de enseñanza, estudios de arquitectura, inmobiliarias   
Edificio propiedad horizontal ocupado por familias, pequeñas empresas no peligrosas, Venta. De ropa y calzado de todo tipo, farmacia, artículos de bebe y tocador, electrónica, pequeños talleres de reparación de artículos eléctricos y no inflamables, bares sin parrilla, almacenes, pequeños supermercados, rotiserías   
Edificio propiedad horizontal ocupado por familias, riesgos industriales, plásticos, carpinterías, mueblerías barracas de maderas, depósito y venta de inflamables, pinturerías, ferreterías, textiles bares con parrilla, supermercados, panaderías

## CONSTRUCCIÓN OBJETO DEL SEGURO

### Material de construcción de la vivienda principal (especificar)

<b>Paredes</b> Sólidas <input type="checkbox"/>	<b>Techos</b> Sólidas <input type="checkbox"/>
Livianas no combustibles <input type="checkbox"/>	Livianas no combustibles <input type="checkbox"/>
Livianas combustibles <input type="checkbox"/>	Livianas combustibles <input type="checkbox"/>
Materiales Combinados <input type="checkbox"/> %	Materiales Combinados <input type="checkbox"/> %
_____ %	_____ %

## COBERTURA

**Incendio Edificio**  Capital \_\_\_\_\_

## MODALIDAD DE COBERTURA

**Este seguro se cubre a valor real, en caso de desear cubrir a valor de reposición a nuevo algún bien, deberá cumplir con determinados requisitos y ser previamente aceptado por el Banco**

## HISTORIA SINIESTRAL (últimos 5 años)

Fecha  Tipo de siniestro \_\_\_\_\_ Monto \_\_\_\_\_  
Fecha  Tipo de siniestro \_\_\_\_\_ Monto \_\_\_\_\_

**PLURALIDAD DE SEGUROS**

Sírvese indicar si existen otros seguros sobre los bienes a asegurar

Bien	Capital	Compañía

**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 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.

**Regla proporcional:** Cuando en el momento del siniestro los bienes asegurados por la presente póliza tengan un valor real o reposición a nuevo -según la modalidad de cobertura- superior al que han sido asegurados, el Asegurado será considerado como su propio asegurador por el exceso.

**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. 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

