**ANEXO FORMULARIOS OFERTA TÉCNICA**

**LICITACIÓN PÚBLICA**

**CONTRATACIÓN PÓLIZAS DE SEGUROS 2016-2017, METRO S.A.**

LICITACION PÚBLICA

SEGUROS METRO S.A.

FORMULARIO Nº 1 IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE

Corredor de Seguros

Razón Social del Corredor de Seguros que presenta la propuesta:

RUT del Corredor de Seguros que presenta la propuesta:

Nombre del representante legal:

RUT del representante legal:

Nombre, dirección de correo electrónico y teléfono del ejecutivo a cargo y responsable de la licitación:

Última Clasificación publicada por la SVS.

Compañías de Seguros

(Agregar todas las necesarias hacia abajo)

Razón Social de la Compañía de Seguros:

RUT de la Compañía de Seguros:

Nombre, del (los) representante(s) legal(es):

RUT del (los) representante(s) legal(es):

Póliza cotizada:

Indique última Clasificación de Riesgo según SVS:

Razón Social de la Compañía de Seguros:

RUT de la Compañía de Seguros:

Nombre, del (los) representante(s) legal(es):

RUT del (los) representante(s) legal(es):

Póliza cotizada:

Indique última Clasificación de Riesgo según SVS:

Razón Social de la Compañía de Seguros:

RUT de la Compañía de Seguros:

Nombre, del (los) representante(s) legal(es):

RUT del (los) representante(s) legal(es):

Póliza cotizada:

Indique última Clasificación de Riesgo según SVS:

Razón Social de la Compañía de Seguros:

RUT de la Compañía de Seguros:

Nombre, del (los) representante(s) legal(es):

RUT del (los) representante(s) legal(es):

Póliza cotizada:

Indique última Clasificación de Riesgo según SVS:

Razón Social de la Compañía de Seguros:

RUT de la Compañía de Seguros:

Nombre, del (los) representante(s) legal(es):

RUT del (los) representante(s) legal(es):

Póliza cotizada:

Indique última Clasificación de Riesgo según SVS:

Razón Social de la Compañía de Seguros:

RUT de la Compañía de Seguros:

Nombre, del (los) representante(s) legal(es):

RUT del (los) representante(s) legal(es):

Póliza cotizada:

Indique última Clasificación de Riesgo según SVS:

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  | NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE ASEGURADOR | REPRESENTANTE CORREDOR |
|  |  |

Santiago, ………………………………….de 2016

LICITACION PÚBLICA

SEGUROS METRO S.A. 2016-2017

FORMULARIO Nº 2 BOLETA DE GARANTÍA

Original de Boleta de Garantía Bancaria de Seriedad de la Oferta, Corredora de Seguros.

|  |
| --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE |
| CORREDOR DE SEGURO |

Original de Boleta de Garantía Bancaria de Seriedad de la Oferta, Compañía Aseguradora.

|  |
| --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE |
| COMPAÑÍA ASEGURADORA |

Original de Boleta de Garantía Bancaria de Seriedad de la Oferta, Compañía Aseguradora.

|  |
| --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE |
| COMPAÑÍA ASEGURADORA |

Santiago, ………………………………….de 2016

LICITACION PÚBLICA

SEGUROS METRO S.A. 2016-2017

FORMULARIO Nº 3 DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN

Don …………………......................................................................., en representación de Compañía de Seguros ………………………… y don ……………………………… en representación de Corredor de Seguros …………………. Declaran expresamente, que conocen y aceptan todas las condiciones estipuladas en las Bases de Licitación elaboradas por Metro S.A., para la “LICITACIÓN PÚBLICA CONTRATACIÓN DE PÓLIZAS DE SEGURO 2016-2017, METRO S.A.”, así como en las Aclaraciones y/o Modificaciones y en las Respuestas a Consultas emitidas por escrito, por Metro S.A., durante el proceso de licitación, especialmente en lo referente a la descripción de los bienes a asegurar, sus características, condiciones técnicas y compromisos de confidencialidad.

No obstante, acepta que la materia descrita y su valoración se informen en carácter preliminar, pudiendo ser modificadas por Metro S.A. al momento de contratar el seguro o con posterioridad.

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  | NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE ASEGURADOR | REPRESENTANTE CORREDOR |
|  |  |

|  |
| --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  |
| REPRESENTANTE COASEGURADOR |

Santiago, ………………………………….de 2016

LICITACION PÚBLICA

SEGUROS METRO S.A. 2016-2017

FORMULARIO Nº 4 DECLARACIÓN DE VÍNCULOS.

Proponente:

El Representante Oficial del Proponente, Sr………………………., en nombre y representación del Proponente…………………………………………………….,

Declaro que los directores y ejecutivos de (Indicar nombre del Proponente) …….,, **\***…….. se encuentran relacionados con ningún director o ejecutivo de la empresa Metro S.A.

Para estos efectos, se entiende que se encuentran relacionadas aquellas personas que tengan la condición de directores o ejecutivos y que posean interés en alguna negociación, acto, contrato u operación en la que deban intervenir como contraparte ellos mismos, sus cónyuges o sus parientes hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad, incluyendo intervenciones realizadas a través de empresas en las cuales sean directores o dueños directos o a través de otras personas naturales o jurídicas, de un 10% o más del capital.

**\*** Completar Sí o No.

(En caso de existir relación, señalarlo expresamente)

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  | NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE ASEGURADOR | REPRESENTANTE CORREDOR |
|  |  |
|  |  |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  |
| REPRESENTANTE COASEGURADOR |

Santiago, ………………………………….de 2016

|  |
| --- |
| FORMULARIO Nº 4.1 |
| DECLARACIÓN DE EXISTENCIA Y VÍNCULO CON PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP) |
| LICITACIÓN PÚBLICA SEGUROS METRO S.A. 2016-2017 |
| PROPONENTE :  |
| El representante legal del Proponente, Sr .……………………………………..., en nombre y representación del Proponente……………………………………………………………, declaro que los propietarios, directores y ejecutivos principales de la empresa y/o consorcio al cual represento, ………..**\*** son alguna de las Personas Políticamente Expuestas que a continuación se indican; ………..**\*** son cónyuges o parientes hasta el segundo grado de consanguinidad (abuelo(a), padre, madre, hijo(a), hermano(a), nieto(a)) de alguna de las Personas Políticamente Expuestas que se indican a continuación y; ………..**\*** han celebrado pacto de actuación conjunta mediante el cual tengan poder de voto suficiente para influir en sociedades constituidas en Chile, con alguna de las Personas Políticamente Expuestas que se indicarán; en todos los casos anteriores, sea que actualmente desempeñen o hayan desempeñado uno o más de los siguientes cargos: 1) Presidente de la República. 2) Senadores, Diputados y Alcaldes.  3) Ministros de la Corte Suprema y Cortes de Apelaciones.  4) Ministros de Estado, Subsecretarios, Intendentes, Gobernadores, Secretarios Regionales Ministeriales, Embajadores, Jefes Superiores de Servicio, tanto centralizados como descentralizados y el directivo superior inmediato que deba subrogar a cada uno de ellos.  5) Comandantes en Jefe de las Fuerzas Armadas, Director General de Carabineros, Director General de Investigaciones, y el oficial superior inmediato que deba subrogar a cada uno de ellos.  6) Fiscal Nacional del Ministerio Público y Fiscales Regionales.  7) Contralor General de la República.  8) Consejeros del Banco Central de Chile.  9) Consejeros del Consejo de Defensa del Estado. 10) Ministros del Tribunal Constitucional. 11) Ministros del Tribunal de la Libre Competencia. 12) Integrantes titulares y suplentes del Tribunal de Contratación Pública. 13) Consejeros del Consejo de Alta Dirección Pública. 14) Los directores y ejecutivos principales de empresas públicas, según lo definido por la Ley Nº 18.045. 15) Directores de sociedades anónimas nombrados por el Estado o sus organismos.16) Miembros de las directivas de los partidos políticos.**\*** Responder Sí o No. (En caso afirmativo, se deben identificar las PEP con su nombre completo, cédula de identidad y cargo).Asimismo, me comprometo a declarar formalmente a Metro S.A. la existencia o participación de una PEP en los términos indicados anteriormente, de producirse ésta con posterioridad a la presente declaración y, en cuánto la misma se verifique. |
|    Nombre del Representante Legal Firma del Representante Legal del Proponente del Proponente Santiago,………………….………….. de 2016 |

LICITACION PÚBLICA

SEGUROS METRO S.A. 2016-2017

FORMULARIO Nº 5 ESTADOS FINANCIEROS.

Corredor de Seguros:

Compañía Aseguradora:

El Corredor de Seguros y la Compañía Aseguradora deben adjuntar a este formulario:

1. Fotocopia de las 2 últimas Declaraciones de Impuesto a la Renta debidamente timbradas por el Servicio de Tesorería o institución autorizada (Formulario 22 y Certificado de Declaración).
2. Fotocopia de las 12 últimas declaraciones de pago de IVA.
3. Últimos 2 Balances Generales presentados, con cuentas y estados de resultados debidamente firmados por el representante de la empresa y/o un profesional contable.
4. Certificado de antecedentes comerciales.

|  |
| --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE |
| CORREDOR DE SEGURO |

|  |
| --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE |
| COMPAÑÍA ASEGURADORA |

|  |
| --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE COASEGURADOR |

Santiago, ………………………………….de 2016

LICITACION PÚBLICA

SEGUROS METRO S.A. 2016-2017

FORMULARIO Nº 5.1 VACIADO ESTADOS FINANCIEROS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Los oferentes deberán entregar por escrito y en formato digital el vaciado de los estados financieros correspondientes al año 2015-2014.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 31-dic-15 | 31-dic-14 |
| BALANCE |   | M$ |
| ACTIVO CIRCULANTE |   | 0 | 0 |
| DISPONIBLE |   |   |   |
| CUENTAS POR COBRAR |   |   |   |
| CUENTAS POR COBRAR EMPRESAS RELACIONADAS |   |   |   |
| EXISTENCIA |   |   |   |
| OTROS ACTIVOS CIRCULANTES |   |   |   |
| ACTIVO FIJO |   | 0 | 0 |
| ACTIVO FIJO (PROPIEDADES Y TERRENOS) |   |   |   |
| OTROS ACTIVOS FIJOS (MAQ.,VEH. Y MUEBLES) |   |   |   |
| DEPRECIACION Y AMORTIZACION (1) |   |   |   |
| OTROS ACTIVOS |   | 0 | 0 |
| EMPRESAS RELACIONADAS |   |   |   |
| OTROS ACTIVOS |   |   |   |
| TOTAL ACTIVO |   | 0 | 0 |
| PASIVO CIRCULANTE |   | 0 | 0 |
| BANCOS |   |   |   |
| ACREEDORES Y PROVEEDORES |   |   |   |
| CUENTAS POR PAGAR EMPRESAS RELACIONADAS |   |   |   |
| PROVISIÓN Y RETENCIÓN |   |   |   |
| ANTICIPOS CONTRATOS |   |   |   |
| OTROS |   |   |   |
| PASIVO LARGO PLAZO |   | 0 | 0 |
| BANCOS |   |   |   |
| ACREEDORES Y PROVEEDORES |   |   |   |
| CUENTAS POR PAGAR EMPRESAS RELACIONADAS |   |   |   |
| OTROS |   |   |   |
| PATRIMONIO |   | 0 | 0 |
| CAPITAL |   |   |   |
| RESERVAS  |   |   |   |
| OTRAS RESERVAS |   |   |   |
| UTILIDADES ACUMULADAS |   |   |   |
| UTILIDAD DEL PERIODO |   |   |   |
| DIVIDENDOS  |   |   |   |
| TOTAL PASIVOS |   | 0 | 0 |
|   |   | 31-dic-15 | 31-dic-14 |
| ESTADOS DE RESULTADOS |   |   |   |
| INGRESOS OPERACIONALES |   |   |   |
| COSTOS DE EXPLOTACIÓN |   |   |   |
| MARGEN DE EXPLOTACIÓN |   | 0 | 0 |
| GASTOS DE ADMINISTRACIÓN Y VENTAS |   |   |   |
| UTILIDAD OPERACIONAL |   | 0 | 0 |
|   |   |   |   |
| INGRESOS NO OPERACIONALES |   | 0 | 0 |
| INGRESOS FINANCIEROS |   |   |   |
| OTROS INGRESOS NO OPERACIONALES |   |   |   |
| GASTO NO OPERACIONALES |   | 0 | 0 |
| GASTOS FINANCIEROS |   |   |   |
| OTROS GASTOS NO OPERACIONALES |   |   |   |
| CORRECCIÓN MONETARIA (2) |   |   |   |
| RESULTADO ANTES DE IMPUESTO |   | 0 | 0 |
| IMPUESTO A LA RENTA (3) |   |   |   |
| UTILIDAD |   | 0 | 0 |
| (\*) Todos los conceptos deben ser ingresados con signo positivo. |   |
| (1), (2) Y (3) Se deben ingresar con el signo con que aparecen en el balance. |   |
| (\*\*) La moneda se cambia en donde corresponde |   |   |   |
|   |   |   |   |
| INDICADORES |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Ratios Operacionales |  |  |  |
| % Margen de Explotación / Ventas | % | - | - |
| % Utilidad Operacional / Ventas | % | - | - |
|  |  |  |  |
| INDICADORES DE LIQUIDEZ |  |  |  |
| K DE TRABAJO | M$ |  -  |  -  |
| RAZÓN ÁCIDA | veces | - | - |
| RAZÓN CORRIENTE | veces | - | - |
|  |  |  |  |
| INDICADORES DE ENDEUDAMIENTO |  |  |  |
| ACTIVO TOTAL / PATRIMONIO | veces | - | - |
|  DEUDA TOTAL / PATRIMONIO  |  veces  | - | - |
|  DEUDA CORTO Y L.P. / PASIVO TOTAL  |  veces  | - | - |
|  |  |  |  |
| INDICADORES DE RENTABILIDAD |  |  |  |
| UTILIDAD /PATRIMONIO | % | - | - |
| UTILIDAD / INGRESOS OPERACIONALES | % | - | - |

 |
| Nombre del Representante Legal del Proponente | Firma del Representante Legal del Proponente |
| Santiago, ………………………………….de 201 |

LICITACION PÚBLICA

SEGUROS METRO S.A. 2016-2017

FORMULARIO Nº 6 ANTECEDENTES GENERALES

Deben adjuntarse al presente formulario los antecedentes que se indican a continuación:

* Razón Social Completa, Rol Único Tributario y Domicilio de la Compañía de Seguros oferente.
* Individualización de la persona que firma en representación del asegurador, incluyendo número de teléfono y correo electrónico y su personería para representar a la aseguradora.
* Certificado de inscripción del Corredor de Seguros, emitido por la Superintendencia de Valores y Seguros, con una vigencia no superior a 30 días a la presentación de la oferta.
* Certificados de vigencia de la Compañía de Seguros emitido por la Superintendencia de Valores y Seguros con una anticipación no superior a 30 días a la presentación de la oferta.
* Clasificación de Riesgo la Compañía de Seguro, teniendo presente que deberán tener clasificación de riesgo igual o superior a A- de acuerdo a la última información oficial publicada por la SVS. Dicho certificado debe ser emitido con una anticipación no superior a 30 días a la presentación de la oferta, por una Clasificadora de Riesgo, la cual deberá indicar la misma clasificación que la publicada en la página web de la Superintendencia de Valores y Seguros.
* Posición en el ranking de aseguradoras del mercado local contenidas en la oferta para los riesgos cotizados en la presente Licitación, de acuerdo a la última FECU disponible.

|  |
| --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE |
| CORREDOR DE SEGURO |

|  |
| --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE |
| COMPAÑÍA ASEGURADORA |

|  |
| --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE COASEGURADOR |

Santiago, ………………………………….de 2016

LICITACION PÚBLICA

SEGUROS METRO S.A. 2016-2017

FORMULARIO Nº 6.1 MINUTA LEGAL.

El Proponente adjuntará a este formulario, una Minuta Legal, en español, firmada por el abogado redactor o por el representante legal del Proponente y fechado con vigencia reciente (60 días) que fundadamente se pronuncie sobre los siguientes aspectos, como mínimo:

* Constitución legal de la sociedad con sus modificaciones, si las hubiese, inscripciones o registros públicos.
* Capital y Objeto de la Sociedad.
* Socios actuales de la Sociedad.
* Plazo de duración y vigencia de la Sociedad
* Forma de administración de la Sociedad
* Personerías de sus representantes legales, individualizándolos con nombres, apellidos y cédulas de identidad.

|  |
| --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE |
| CORREDOR DE SEGURO |

|  |
| --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE |
| COMPAÑÍA ASEGURADORA |

|  |
| --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE COASEGURADOR |

Santiago, ………………………………….de 2016

Formulario 7. OFERTA TÉCNICA

LICITACION PÚBLICA

SEGUROS METRO S.A. 2016-2017

FORMULARIO Nº 7-A

OFERTA TÉCNICA PÓLIZA DE INCENDIO DE EDIFICIOS Y CONTENIDOS, CON ADICIONAL DE SISMO EN ALGUNOS RECINTOS Y ADICIONALES QUE SE INDICAN.

Razón Social de la Compañía:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razón Social del Corredor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edificios, contenidos y Existencias de: Edificio Administrativo CCA; Edificio SEAT; Edificio Gerencia General (construcción mixta, adobe/concreto); Casona (construcción mixta, adobe/concreto); Casona Los Arcos; Oficinas Edificio A. Ovalle (en arriendo); Casino; Huérfanos; Miraflores; Talleres Neptuno, Lo Ovalle, San Eugenio, Puente Alto; Cocheras Intermedias Quilín; Intermodales Lo Ovalle, Bellavista, Pajaritos, Vespucio Norte, El Sol; y Oficinas de Atención al Cliente de Metro ubicadas en Estado 383 y Local 168 Estación Escuela Militar Sur Subcentro. Detalle de Obra Gruesa, Contenido y Existencia en cada una de las ubicaciones, disponible en Especificaciones Técnicas, Anexo 1.

Adjunte al presente formulario lo siguiente:

1. Texto íntegro de la Póliza en español (No debe indicar el valor de la prima).
2. Lista detallada de diferencias (cobertura, cláusulas adicionales, exclusiones, deducibles, límites indemnizables, etc.) en relación a las coberturas mínimas exigidas por Metro S.A., de acuerdo a **Anexo N°2 de las Especificaciones Técnicas.**
3. Documento original suscrito por los representantes legales de las Compañías de Seguros oferentes, con facultades suficientes de representación según conste en sus personerías, indicando un soporte de 100% de la cobertura solicitada.
4. Indicar Monto Asegurado:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Edificios UF | Contenidos UF | Existencias UF |
| Monto Asegurado: |  |  |  |

1. Enumeración de todos los Límites, Sublímites y los riesgos a los cuales se aplican según el siguiente esquema:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Edificios | Contenidos | Existencias |
| Riesgo | Límite UF | Sublímite UF | Límite UF | Sublímite UF | Límite UF | Sublímite UF |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. Enumeración de todos los Deducibles y los riesgos a los cuales se aplica, según el siguiente esquema:

|  |  |
| --- | --- |
| Riesgo | Monto Deducible UF |
|  |  |
|  |  |

1. Si la propuesta presentada incluye coaseguro, deberá completar el siguiente cuadro. De lo contrario indicar que “No procede”

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Coasegurador | % del riesgo total a firme que asume  |
| Líder: |  |
| Coasegurador 1: |  |
| Coasegurador 2: |  |
| Coasegurador 3: |  |

|  |
| --- |
|  |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE | NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE | REPRESENTANTE |
| COMPAÑÍA ASEGURADORA LIDER | COMPAÑÍA ASEGURADORA (1) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE | NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE | REPRESENTANTE |
| COMPAÑÍA ASEGURADORA (2) | COMPAÑÍA ASEGURADORA (3) |

|  |
| --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE CORREDOR |
|  |

Santiago, ………………………………….de 2016

LICITACION PÚBLICA

SEGUROS METRO S.A. 2016-2017

FORMULARIO Nº 7-B

OFERTA TÉCNICA POLIZA DE SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL

Razón Social de la Compañía:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razón Social del Corredor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adjunte al presente formulario lo siguiente:

1. Texto íntegro de la Póliza en español (No debe indicar el valor de la prima).
2. Lista detallada de diferencias (cobertura, cláusulas adicionales, exclusiones, deducibles, límites indemnizables, etc.) en relación a las coberturas mínimas exigidas por Metro S.A., de acuerdo a **Anexo N°2 de las Especificaciones Técnicas.**
3. Documento original suscrito por los representantes legales de las Compañías de Seguros oferentes, con facultades suficientes de representación según conste en sus personerías, indicando un soporte de 100% de la cobertura solicitada.
4. Indicar Monto Asegurado:

|  |  |
| --- | --- |
|  | UF |
| Monto Asegurado: |  |

1. Enumeración de todos los Límites, Sublímites y los riesgos a los cuales se aplican según el siguiente esquema:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Riesgo | Límite UF | Sublímite UF |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Enumeración de todos los Deducibles y los riesgos a los cuales se aplica, según el siguiente esquema:

|  |  |
| --- | --- |
| Riesgo | Monto Deducible UF |
|  |  |
|  |  |

1. Si la propuesta presentada incluye coaseguro, deberá completar el siguiente cuadro. De lo contrario indicar que “No procede”.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Coasegurador | % del riesgo total a firme que asume  |
| Líder: |  |
| Coasegurador 1: |  |
| Coasegurador 2: |  |
| Coasegurador 3: |  |

|  |
| --- |
|  |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE | NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE | REPRESENTANTE |
| COMPAÑÍA ASEGURADORA LIDER | COMPAÑÍA ASEGURADORA (1) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE | NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE | REPRESENTANTE |
| COMPAÑÍA ASEGURADORA (2) | COMPAÑÍA ASEGURADORA (3) |

|  |
| --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE CORREDOR |
|  |

Santiago, ………………………………….de 2016

LICITACION PÚBLICA

SEGUROS METRO S.A. 2016-2017

FORMULARIO Nº 7-C

OFERTA TÉCNICA POLIZA DE SEGURO COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA ROL EJECUTIVO

Razón Social de la Compañía:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razón Social del Corredor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adjunte al presente formulario lo siguiente:

1. Texto íntegro de la Póliza en español (No debe indicar el valor de la prima).
2. Lista detallada de diferencias (cobertura, cláusulas adicionales, exclusiones, deducibles, límites indemnizables, etc.) en relación a las coberturas mínimas exigidas por Metro S.A., de acuerdo a **Anexo N°2 de las Especificaciones Técnicas.**
3. Documento original suscrito por los representantes legales de las Compañías de Seguros oferentes, con facultades suficientes de representación según conste en sus personerías, indicando un soporte de 100% de la cobertura solicitada.

|  |
| --- |
|  |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  | NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE ASEGURADOR | REPRESENTANTE CORREDOR |
|  |  |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  |
| REPRESENTANTE COASEGURADOR |

Santiago, ………………………………….de 2016

LICITACION PÚBLICA

SEGUROS METRO S.A. 2016-2017

FORMULARIO Nº 7-D

OFERTA TÉCNICA POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES VIGILANTES PRIVADOS

Razón Social de la Compañía:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razón Social del Corredor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adjunte al presente formulario lo siguiente:

1. Texto íntegro de la Póliza en español (No debe indicar el valor de la prima).
2. Lista detallada de diferencias (cobertura, cláusulas adicionales, exclusiones, deducibles, límites indemnizables, etc.) en relación a las coberturas mínimas exigidas por Metro S.A., de acuerdo a **Anexo N°2 de las Especificaciones Técnicas.**
3. Documento original suscrito por los representantes legales de las Compañías de Seguros oferentes, con facultades suficientes de representación según conste en sus personerías, indicando un soporte de 100% de la cobertura solicitada.

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  | NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE ASEGURADOR | REPRESENTANTE CORREDOR |
|  |  |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  |
| REPRESENTANTE COASEGURADOR |

Santiago, ………………………………….de 2016

LICITACION PÚBLICA

SEGUROS METRO S.A. 2016-2017

FORMULARIO Nº 7-E

OFERTA TÉCNICA POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES PASAJEROS

Razón Social de la Compañía:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razón Social del Corredor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adjunte al presente formulario lo siguiente:

1. Texto íntegro de la Póliza en español (No debe indicar el valor de la prima).
2. Lista detallada de diferencias (cobertura, cláusulas adicionales, exclusiones, deducibles, límites indemnizables, etc.) en relación a las coberturas mínimas exigidas por Metro S.A., de acuerdo a **Anexo N°2 de las Especificaciones Técnicas.**
3. Documento original suscrito por los representantes legales de las Compañías de Seguros oferentes, con facultades suficientes de representación según conste en sus personerías, indicando un soporte de 100% de la cobertura solicitada.
4. La compañía ofrece además, sin costo adicional para Metro S.A. **(\*)** acceso web a la estadística mensual de siniestros de esta póliza, incluyendo nombre y Rut de la persona siniestrada, monto de la indemnización pagada, lugar del accidente y toda otra información relevante que permita monitorear la siniestralidad y el comportamiento de esta póliza.

**(\*)** SI \_\_\_\_ No\_\_\_\_

Comentario adicional sobre este requerimiento:

Nota: El número de pasajeros transportados el año 2015 fue de 661 millones de pasajeros.

|  |
| --- |
|  |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  | NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE ASEGURADOR | REPRESENTANTE CORREDOR |
|  |  |

|  |
| --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  |
| REPRESENTANTE COASEGURADOR |

Santiago, ………………………………….de 2016

LICITACION PÚBLICA

SEGUROS METRO S.A. 2016-2017

FORMULARIO Nº 7-F

OFERTA TÉCNICA POLIZA DE TRANSPORTE

Razón Social de la Compañía:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razón Social del Corredor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adjunte al presente formulario lo siguiente:

1. Texto íntegro de la Póliza en español (No debe indicar el valor de la prima).
2. Lista detallada de diferencias (cobertura, cláusulas adicionales, exclusiones, deducibles, límites indemnizables, etc.) en relación a las coberturas mínimas exigidas por Metro S.A., de acuerdo a **Anexo N°2 de las especificaciones técnicas.**
3. Documento original suscrito por los representantes legales de las Compañías de Seguros oferentes, con facultades suficientes de representación según conste en sus personerías, indicando un soporte de 100% de la cobertura solicitada.

Monto estimado anual a transportar: US$ 2.500.000

Límite máximo de responsabilidad para cada medio transportador:

Marítimo US$ 500.000

Aéreo US$ 500.000

Terrestre US$ 500.000

**Nota: No deben solicitarse Preprimas o Primas adelantas para el periodo de cobertura.**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE | NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE ASEGURADOR | REPRESENTANTE CORREDOR |
|  |  |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE COASEGURADOR |

Santiago, ………………………………….de 2016

**ANEXO FORMULARIOS OFERTA ECONÓMICA**

**LICITACIÓN PÚBLICA**

**CONTRATACIÓN PÓLIZAS DE SEGUROS 2016-2017, METRO S.A.**

LICITACION PÚBLICA

SEGUROS METRO S.A. 2016-2017

FORMULARIO Nº 8-A

OFERTA ECONÓMICA PÓLIZA DE INCENDIO E EDIFICIOS Y CONTENIDOS, CON ADICIONAL DE SISMO EN ALGUNOS RECINTOS Y ADICIONALES QUE SE INDICAN.

Razón Social de la Compañía:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razón Social del Corredor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adjunte al presente formulario lo siguiente:

**Alternativa 1 -** PÓLIZA DE INCENDIO DE EDIFICIOS Y CONTENIDOS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cobertura** | **Monto Asegurado UF** | **Tasa Anual** | **Prima Neta Anual UF** | **IVA UF** | **Prima Bruta Anual UF** |
| PÓLIZA DE INCENDIO DE EDIFICIOS Y CONTENIDOS |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cobertura** | **Monto Asegurado UF** | **Tasa Anual** | **Prima Neta Anual UF** | **IVA UF** | **Prima Bruta Anual UF** |
| PÓLIZA DE INCENDIO DE EDIFICIOS Y CONTENIDOS (Oferta Descuento Total Prima) (1) |  |  |  |  |  |

Nota: Sin cobertura de Sismo a edificios parcialmente de adobe y concreto de las ubicaciones: Alonso de Ovalle 1431, Alonso de Ovalle 1409, Av. Libertador Bernardo O’Higgins 1436, Av. Libertador Bernardo O’Higgins 1436 (interior), Av. Libertador Bernardo O’Higgins 1426, Alonso de Ovalle 1419-1425 (Monto total UF 77.282)

**Alternativa 2-** PÓLIZA DE INCENDIO E EDIFICIOS Y CONTENIDOS, CON ADICIONAL DE SISMO **CON SUB LÍMITE DE UF2.000**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cobertura** | **Monto Asegurado UF** | **Tasa Anual** | **Prima Neta Anual UF** | **IVA UF** | **Prima Bruta Anual UF** |
| PÓLIZA DE INCENDIO DE EDIFICIOS Y CONTENIDOS |  |  |  |  |  |
| ADICIONAL SISMO (\*)SUB LIMITE UF 2.000 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cobertura** | **Monto Asegurado UF** | **Tasa Anual** | **Prima Neta Anual UF** | **IVA UF** | **Prima Bruta Anual UF** |
| PÓLIZA DE INCENDIO DE EDIFICIOS Y CONTENIDOS (Oferta Descuento Total Prima) (1) |  |  |  |  |  |
| ADICIONAL SISMO (\*)SUB LIMITE UF 2.000(Oferta Descuento Pago Total Prima) (1) |  |  |  |  |  |

(\*) Cubre parcialmente construcción mixta, adobe/concreto de las ubicaciones: Alonso de Ovalle 1431, Alonso de Ovalle 1409, Av. Libertador Bernardo O’Higgins 1436, Av. Libertador Bernardo O’Higgins 1436 (interior), Av. Libertador Bernardo O’Higgins 1426, Alonso de Ovalle 1419-1425 (Monto total UF 77.282)

**Alternativa 3-** PÓLIZA DE INCENDIO E EDIFICIOS Y CONTENIDOS, CON ADICIONAL DE SISMO **CON SUB LÍMITE UF 4.000**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cobertura** | **Monto Asegurado UF** | **Tasa Anual** | **Prima Neta Anual UF** | **IVA UF** | **Prima Bruta Anual UF** |
| PÓLIZA DE INCENDIO DE EDIFICIOS Y CONTENIDOS |  |  |  |  |  |
| ADICIONAL SISMO (\*)SUB LIMITE UF 4.000 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cobertura** | **Monto Asegurado UF** | **Tasa Anual** | **Prima Neta Anual UF** | **IVA UF** | **Prima Bruta Anual UF** |
| PÓLIZA DE INCENDIO DE EDIFICIOS Y CONTENIDOS (Oferta Descuento Total Prima) (1) |  |  |  |  |  |
| ADICIONAL SISMO (\*)SUB LIMITE UF 4.000(Oferta Descuento Pago Total Prima) (1) |  |  |  |  |  |

(\*) Cubre parcialmente construcción mixta, adobe/concreto de las ubicaciones: Alonso de Ovalle 1431, Alonso de Ovalle 1409, Av. Libertador Bernardo O’Higgins 1436, Av. Libertador Bernardo O’Higgins 1436 (interior), Av. Libertador Bernardo O’Higgins 1426, Alonso de Ovalle 1419-1425 (Monto total UF 77.282)

1. Nota: El proveedor deberá indicar si Metro S.A. se encuentra afecto a algún tipo de descuento por el pago del total de la prima en una sola factura, indicando el valor que tendría su oferta aplicando el descuento. En caso de no ser posible, indicar NO APLICA en cuadro correspondiente.

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  | NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE ASEGURADOR | REPRESENTANTE CORREDOR |
|  |  |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  |
| REPRESENTANTE COASEGURADOR |

Santiago, ………………………………….de 2016

FORMULARIO Nº 8-B

OFERTA ECONÓMICA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Razón Social de la Compañía:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razón Social del Corredor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cobertura | Prima Neta Anual UF | IVA UF | Prima Bruta Anual UF |
| POLIZA DE SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cobertura | Prima Neta Anual UF | IVA UF | Prima Bruta Anual UF |
| POLIZA DE SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL(Oferta Descuento Pago Total Prima) (1) |  |  |  |

1. Nota: El proveedor deberá indicar si Metro S.A. se encuentra afecto a algún tipo de descuento por el pago del total de la prima en una sola factura, indicando el valor que tendría su oferta aplicando el descuento. En caso de no ser posible, indicar NO APLICA en cuadro correspondiente.

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  | NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE ASEGURADOR | REPRESENTANTE CORREDOR |
|  |  |

|  |
| --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  |
| REPRESENTANTE COASEGURADOR |

Santiago, ………………………………….de 2016

FORMULARIO Nº 8-C

OFERTA ECONÓMICA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO TERMPORAL DE VIDA ROL EJECUTIVO

Razón Social de la Compañía:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razón Social del Corredor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cobertura | Tasa Anual por asegurado (\*) | Prima Neta Anual UF (\*\*) | IVA UF (\*\*\*) | Prima Bruta Anual UF(\*\*\*\*) |
| Fallecimiento  |  |  |  |  |
| Muerte Accidental |  |  |  |  |
| ITP 2/3 |  |  |  |  |
| Total: |  |  |  |  |

(\*) Valor de la cobertura por asegurado

(\*\*) Debe expresarse el valor por el total del grupo

(\*\*\*) Debe expresarse las coberturas que están sujetas a impuestos y sus montos anuales

(\*\*\*\*) Total anual por el grupo con impuesto

Nota: Capital UF individual para todas las coberturas.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cobertura | Tasa Anual por asegurado (\*) | Prima Neta Anual UF (\*\*) | IVA UF (\*\*\*) | Prima Bruta Anual UF(\*\*\*\*) |
| Fallecimiento (Oferta Descuento Pago Total Prima) (1) |  |  |  |  |
| Muerte Accidental(Oferta Descuento Pago Total Prima) (1) |  |  |  |  |
| ITP 2/3(Oferta Descuento Pago Total Prima) (1) |  |  |  |  |
| Total:(Oferta Descuento Pago Total Prima) (1) |  |  |  |  |

(\*) Valor de la cobertura por asegurado

(\*\*) Debe expresarse el valor por el total del grupo

(\*\*\*) Debe expresarse las coberturas que están sujetas a impuestos y sus montos anuales

(\*\*\*\*) Total anual por el grupo con impuesto

Nota: Capital UF individual para todas las coberturas.

1. Nota: El proveedor deberá indicar si Metro S.A. se encuentra afecto a algún tipo de descuento por el pago del total de la prima en una sola factura, indicando el valor que tendría su oferta aplicando el descuento. En caso de no ser posible, indicar NO APLICA en cuadro correspondiente.

|  |
| --- |
|  |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  | NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE ASEGURADOR | REPRESENTANTE CORREDOR |
|  |  |

|  |
| --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  |
| REPRESENTANTE COASEGURADOR |

Santiago, ………………………………….de 2016

FORMULARIO Nº 8-D

OFERTA ECONÓMICA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES VIGILANTES PRIVADOS

Razón Social de la Compañía:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razón Social del Corredor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALTERNATIVA A.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cobertura Capital UF 250 por Asegurado | Tasa anual por asegurado | Prima Neta anual por asegurado UF | IVA UF | Prima Bruta anual por asegurado UF |
| Muerte accidental |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cobertura Capital UF 250 por Asegurado | Tasa anual por asegurado | Prima Neta anual por asegurado UF | IVA UF | Prima Bruta anual por asegurado UF |
| Muerte accidental(Oferta Descuento Pago Total Prima) (1) |  |  |  |  |

**ALTERNATIVA B.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cobertura Capital UF 250 por Asegurado | Tasa anual por asegurado | Prima Neta anual por asegurado UF | IVA UF | Prima Bruta anual por asegurado UF |
| Muerte accidental |  |  |  |  |
| ITP 2/3 |  |  |  |  |
| Total: |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cobertura Capital UF 250 por Asegurado | Tasa anual por asegurado | Prima Neta anual por asegurado UF | IVA UF | Prima Bruta anual por asegurado UF |
| Muerte accidental(Oferta Descuento Pago Total Prima) (1) |  |  |  |  |
| ITP 2/3(Oferta Descuento Pago Total Prima) (1) |  |  |  |  |
| Total:(Oferta Descuento Pago Total Prima) (1) |  |  |  |  |

Los proponentes deberán presentar oferta por ambas Alternativas (A y B). Conforme a lo anterior, Metro S.A. definirá, que opción propuesta adjudicara, de acuerdo a las condiciones de cobertura ofertadas

1. Nota: El proveedor deberá indicar si Metro S.A. se encuentra afecto a algún tipo de descuento por el pago del total de la prima en una sola factura, indicando el valor que tendría su oferta aplicando el descuento. En caso de no ser posible, indicar NO APLICA en cuadro correspondiente.

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  | NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE ASEGURADOR | REPRESENTANTE CORREDOR |
|  |  |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  |
| REPRESENTANTE COASEGURADOR |

Santiago, ………………………………….de 2016

FORMULARIO Nº 8-E

OFERTA ECONÓMICA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES PASAJEROS

Razón Social de la Compañía:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razón Social del Corredor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique valor de la prima de acuerdo a lo siguiente:

**ALTERNATIVA A:** Prima propuesta con Plan D (reembolso de gastos médicos) con alternativa de cobertura de hasta UF. 100.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Prima Neta UF | IVA UF | Prima Bruta UF |
| La prima del seguro por cada millón de pasajeros transportados al mes (xx/1.000.000)  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Prima Neta UF | IVA UF | Prima Bruta UF |
| La prima del seguro por cada millón de pasajeros transportados al mes (xx/1.000.000), con Segunda oficina adicional. |  |  |  |

**ALTERNATIVA B:** Prima propuesta con Plan D (reembolso de gastos médicos) con alternativa de cobertura de hasta UF. 200.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Prima Neta UF | IVA UF | Prima Bruta UF |
| La prima del seguro por cada millón de pasajeros transportados al mes (xx/1.000.000)  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Prima Neta UF | IVA UF | Prima Bruta UF |
| La prima del seguro por cada millón de pasajeros transportados al mes (xx/1.000.000), con Segunda oficina adicional. |  |  |  |

Nota: El número de pasajeros transportados el año 2015 fue de 668 Millones de personas aproximadamente.

|  |
| --- |
|  |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  | NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE ASEGURADOR | REPRESENTANTE CORREDOR |
|  |  |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  |
| REPRESENTANTE COASEGURADOR |

Santiago, ………………………………….de 2016

FORMULARIO Nº 8-F

OFERTA ECONÓMICA PÓLIZA DE TRANSPORTE

Razón Social de la Compañía:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razón Social del Corredor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cobertura | Tasa | Prima Neta UF | IVA UF | Prima Bruta UF |
| Póliza de transporte |  |  |  |  |

Nota: No deben solicitarse Preprimas o Primas adelantas para el periodo de cobertura.

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  | NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE |
| REPRESENTANTE ASEGURADOR | REPRESENTANTE CORREDOR |
|  |  |
| NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE  |
| REPRESENTANTE COASEGURADOR |

Santiago, ………………………………….de 2016