

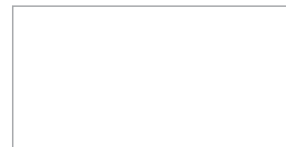


TRANSPORTES

SOLICITUD DE SEGURO CASCOS - BUQUES DE TRABAJO

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Cliente N° _____ Póliza N° _____
COTIZACIÓN **SEGURO AL FIRME**



SELLO DE ENTRADA

NOMBRE DEL BUQUE _____
USO DEL BUQUE _____

Si el Contratante es una persona distinta al Asegurado, sírvase completar el formulario Datos del Contratante (F. 2434) y adjuntar al presente.

DATOS DEL CONTRATANTE

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 _____

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

Integrantes de la firma (si corresponde)

Apellidos _____ Nombres _____

C.I. N° _____ Doc. extranjero Tipo _____ País _____ N° _____

Apellidos _____ Nombres _____

C.I. N° _____ Doc. extranjero Tipo _____ País _____ N° _____

Apellidos _____ Nombres _____

C.I. N° _____ Doc. extranjero Tipo _____ País _____ N° _____

Domicilio real del Asegurado

Calle _____ N° _____ Unidad _____ Apto. _____ Esq. _____

Solar N° _____ Manzana N° _____ Km. _____ Ruta _____ Teléfono _____ Celular _____ C.P. _____

E-mail _____ 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).

Indicar experiencia previa del Asegurado en el tipo de operación (si el Asegurado es una empresa, proporcionar esta información sobre cada uno de los integrantes de la firma)

Lugar _____ Antigüedad _____

Lugar _____ Antigüedad _____

Lugar _____ Antigüedad _____



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 **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 **Vigencia del seguro** Desde hasta **Cesión de derechos** Nombre completo / Empresa C.I. RUT Hasta la suma de en letras **EL ASEGURADO SOLICITA EL SEGURO EN CALIDAD DE****Si el Asegurado no es el propietario del Buque, indicar del mismo**Apellidos Nombres C.I. N° Doc. extranjero Tipo País N° RUT País **DATOS DE LA EMBARACACIÓN**Tipo (descripción) Puerto de matrícula Año de construcción Matrícula número País de origen Última carena Astillero donde fue construido Material del casco Bandera Material del forro **Clasificado en** **Vencimiento de Certificados de Navegación**Seguridad Máquinas Casco **Empleo anterior del buque** **Dimensiones del casco** Eslora Manga Puntual Tonelaje bruto Tonelaje neto **Motor principal** Marca/Modelo Serie N° Combustible Potencia **Para transporte de pasajeros:** Indicar cantidad máxima autorizada de plazas por PNN De pasajeros De tripulantes **Área de navegación autorizada por PNN:***En caso de que el área de navegación autorizada exceda aguas territoriales uruguayas, la cotización deberá solicitarse con una anticipación mínima de 30 días.*

SINIESTRALIDAD DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Fecha	<input type="text"/>	Causa	Monto del siniestro
Fecha	<input type="text"/>	Causa	Monto del siniestro
Fecha	<input type="text"/>	Causa	Monto del siniestro

SI EL SEGURO SE SOLICITA AL FIRME

Realizar inspección y tasación del buque en _____
Contacto personal con _____ Teléfono _____

VALOR ESTIMADO DE LA EMBARCACIÓN (Desglosar el valor de acuerdo al siguiente detalle)

Cascos y Máquinas	_____
Equipos de Navegación y Seguridad	_____
Valor Total	_____

COBERTURA DEL SEGURO

- 29 - **CL 289.** *Pérdida total, asistencia y salvamento.*
- 15 - **CL 284.** *Pérdida total, asistencia y salvamento y 3/4 RDC.*
- 15 y 49 - **CL 284 y Averías particulares por choque, incendio, varada, naufragio, temporal y/o colisión con cuerpo fijo, móvil o flotante**
- 86 - **Responsabilidad Civil a Pasajeros.** (Sólo para buques de tráfico) **Capital cada pasajero**
- Otros (especificar)

DETALLE DE EQUIPOS DE NAVEGACIÓN Y SEGURIDAD Y EQUIPOS INHERENTES DE LA OPERACIÓN DEL BUQUE

Detalle	Valor
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

OBSERVACIONES / ACLARACIONES

IMPORTANTE

En caso que el Asegurado, sus dependientes o representantes no cumplan con el pago de cualquier premio correspondiente a este contrato de seguro, dicho pago será de cargo del propietario del buque asegurado.

Los datos consignados en la presente solicitud forman parte del contrato de seguro. Cualquier modificación deberá ser comunicada por escrito al BSE en forma inmediata bajo pena de nulidad del contrato.

La presentación de esta solicitud no implica aceptación del seguro por parte del Banco de Seguros del Estado, quien libremente podrá rechazar la misma o condicionarla al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos para la suscripción del seguro, los cuales podrán determinar el rechazo de la presente propuesta, a su exclusivo criterio.

DECLARACIÓN

Declaramos conocer y haber sido instruidos sobre el contenido de las cláusulas de las Condiciones Generales y Particulares bajo las cuales el Banco de Seguros del Estado asume el riesgo que proponemos, así como el de las establecidas en la presente solicitud, las aceptamos en su totalidad, y garantizamos que cada una de las respuestas que hemos dado en esta solicitud es amplia, correcta y exacta.

En caso que el Asegurado, sus dependientes o representantes no cumplan con el pago de cualquier premio correspondiente a este contrato de seguro, dicho pago será de cargo del propietario del vehículo asegurado.

Fecha Firma del Asegurado _____ Aclaración firma _____
C.I. código serial _____

Fecha
Firma del Propietario del buque _____ 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 _____

