



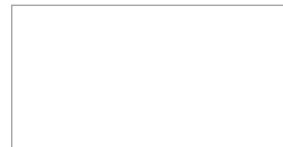
# VEHÍCULOS

## SOLICITUD DE SEGURO PLAN BÁSICO

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° \_\_\_\_\_ Cliente N° \_\_\_\_\_

Póliza N° \_\_\_\_\_ Cotización N° \_\_\_\_\_



SELLO DE ENTRADA

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

**Persona** Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

C.I.  N° \_\_\_\_\_ Doc. extranjero  Tipo \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Fecha nacim. \_\_\_\_\_ Actividad principal \_\_\_\_\_ otra actividad \_\_\_\_\_

Sexo: femenino  masculino

**Empresa** Razón Social \_\_\_\_\_

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

Empresa Unipersonal: Sí  No  RUT  Padrón Edificio  Of. Pública  N° \_\_\_\_\_

### 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** 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

**Flota o Grupo de Afinidad** \_\_\_\_\_

**Vigencia del seguro** Desde  hasta

**En caso de no realizarse inspección del vehículo, deberá llenar el formulario de "Declaración Vehículo sin Inspección".**

**Cesión de derechos** Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_

### **OBSERVACIONES**

**En caso de que alguno de los proponentes registre morosidad con el Banco de Seguros del Estado, el contrato no entrará en vigencia.**

### **DATOS DEL VEHÍCULO (no omitir información)**

Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Padrón \_\_\_\_\_

Tipo \_\_\_\_\_ Cilindros \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_ Motor \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_ Combustible \_\_\_\_\_ Matrícula \_\_\_\_\_ Chasis \_\_\_\_\_

Libreta de propiedad a nombre de: \_\_\_\_\_ Fecha propiedad

**Asegura en calidad de** Usuario  Propietario  Promitente comprador

Usufructuario (leasing)  Otros  (detallar) \_\_\_\_\_

**Destino** Particular (autos, camionetas, motos)  Casa rodante

Camiones carga hasta 7.000 kg.  Camiones carga más de 7.000 kg.  Remolques carga general

Cisterna no combustibles  Cisterna combustibles  Cisterna fuel-oil

### **CARACTERÍSTICAS DEL RIESGO**

**Área de circulación** Montevideo  Canelones  Resto País  Otros  (detallar) \_\_\_\_\_

### **DETALLE DE LA COBERTURA - Plan de seguro**

Responsabilidad Civil  (5RC daños a bienes y 10 RC daños personales)

### **COBERTURAS OPCIONALES**

**RC a terceros** Carta Verde para Seguro Básico

**CoBERTURAS a pasajeros** Accidentes personales seguro básico  Cantidad de plazas a cubrir

## CO-ASEGURO

Indique si existen otros seguros sobre el vehículo, qué riesgos y montos cubren y en qué Compañía

Riesgos cubiertos

Montos cubiertos Compañía

## DECLARACIÓN

**Si el Contratante y el Asegurado son la misma persona, firme una sola vez.**

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 Aclaración firma

C.I. código serial

Fecha  Firma del Asegurado 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

## DECLARACIÓN VEHÍCULO SIN INSPECCIÓN, SÓLO PARA VEHÍCULOS QUE NO REQUIERAN INSPECCIÓN

Declaro que el vehículo que se asegura cumple con las condiciones para circular previstas en la normativa vigente (Ley 18.191) y me comprometo a mantenerlo en dichas condiciones de circulación durante toda la vigencia de la Póliza.

La solicitud que acompañe a esta declaración entrará en vigencia inmediatamente después de ingresada a las oficinas del Banco de Seguros del Estado.

Fecha  Firma del Asegurado Aclaración firma

C.I. código serial

## CARTA PODER

Fecha

Señores del Banco de Seguros del Estado  
Presente

Por la presente carta poder autorizo expresamente a \_\_\_\_\_ con documento de Identidad N° \_\_\_\_\_ cuya firma luce al pie de la presente, para que obrando en mi nombre y representación pueda presentarse a ese Banco, o cualquiera de sus dependencias, Casa Central, Sucursales o Agencias, a fin de tramitar, suscribir y/o presentar la presente solicitud y demás documentación que exija el Banco y que tenga relación con esta solicitud, así como notificarse en mi nombre y representación, y bajo mi entera responsabilidad, de todas las observaciones que les merezca a las autoridades de esta Institución.

La actuación del mandatario instituido por este instrumento deberá entenderse como si actuara el Contratante o el Asegurado, y por lo tanto el suscrito se responsabiliza ante vuestra Institución por cualquier retención, falsa declaración y/o ilícito de cualquier especie en que incurra mi representado en el ejercicio de las facultades conferidas por la presente autorización.

Saluda atentamente.

Firma del Contratante o Asegurado Primer Titular

C.I. código serial