



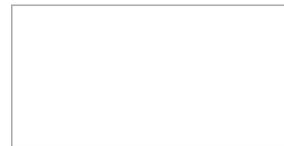
VEHÍCULOS

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