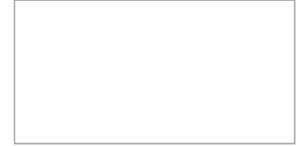




SOLICITUD DE SEGURO RENDA PERSONAL

Corredor N° _____ Cliente N° _____ Póliza N° _____ SC _____ SV _____

Si el Contratante es una persona distinta a la persona sobre la cual recae el riesgo, sírvase completar el formulario Datos del Contratante (F. 2434) y adjuntar al presente.



SELLO DE ENTRADA

DATOS DE LA PERSONA SOBRE LA QUE RECAE EL RIESGO

Apellidos _____ Nombres _____
 C.I. N° _____ Doc. extranjero Tipo _____ País _____ N° _____
 Fecha nacim. _____ Sexo: femenino masculino Estado Civil _____
 Sírvase indicar su ingreso mensual en pesos uruguayos _____
 Actividad o profesión _____ Otras actividades _____

Domicilio real de la persona sobre la cual recae el riesgo

Calle _____ N° _____ Unidad _____ Apto. _____ Esq. _____
 Solar N° _____ Manzana N° _____ Km. _____ Ruta _____ Teléfono _____ Celular _____ C.P. _____
 E-mail _____ Localidad _____ Departamento _____

Tanto el asegurado / contratante como el BSE aceptan la validez de la información que se intercambie a través de la casilla de correo electrónico declarada en este formulario; se exceptúan la designación o modificación de beneficiarios.

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

Moneda UI U\$S

Medio de pago Locales de cobranza o débito bancario

Otro detalle _____ Tarjeta de crédito

Si el titular de la tarjeta de crédito coincide con la persona sobre la cual recae el riesgo sírvase completar los siguientes datos, de lo contrario se deberá completar el Form. 3211.

Número _____ Tarjeta _____

Banco emisor _____ Vencimiento _____

Envío de Factura Por e-mail A domicilio con cargo Envío de Póliza Por e-mail

En caso de ser diferente al informado sírvase indicar el e-mail _____

Si no imprime este formulario doble faz, sírvase incluir fecha y firma también en esta página

La firma debe ser lo más parecida al documento de identidad.

Fecha _____ Firma de la Persona sobre la cual recae el riesgo: _____

CARACTERÍSTICAS DE LA RENTA CONTRATADA

Premio Pago Contado Capital Inicial Depositado UI _____ U\$\$
Pago Periódico Premio UI _____ U\$\$ Forma de Pago: anual mensual

Edad inicio de renta _____ años Plazo de la Renta: Vitalicia Temporal años.
Importe de la Renta UI _____ U\$\$
Capital generado UI _____ U\$\$

ADICIONALES A CONTRATAR

Renta Garantizada: Sí No Años garantizados _____

Indemnización por fallecimiento Sí No Capital UI _____ U\$\$

Si contrata Indemnización por fallecimiento:

¿Realiza alguna actividad de riesgo? Sí No Detallar _____
¿Tiene algun hobby o practica deportes? Sí No Detallar _____

BENEFICIARIOS PARA RENTA GARANTIZADA

| N° de documento | Nombre completo | Parentesco | % | Observaciones |
|-----------------|-----------------|------------|-------|---------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

BENEFICIARIOS PARA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO

| N° de documento | Nombre completo | Parentesco | % | Observaciones |
|-----------------|-----------------|------------|-------|---------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

DECLARACIÓN DE LA PERSONA SOBRE LA CUAL RECAE EL RIESGO

Residencia Fiscal Uruguay Otro País Especificar _____ N° Contribuyente _____
¿Es contribuyente en EE.UU.? Sí No

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO - CONTRATANTE

Residencia Fiscal Uruguay Otro País (especificar) _____ N° Contribuyente _____
¿Es contribuyente en EE.UU.?: Sí No

Autorizo expresamente al Banco de Seguros del Estado a proporcionar información sobre mi persona y los Seguros de Vida contratados en dicha Institución a la autoridad impositiva local, para dar cumplimiento al intercambio automático de información financiera bajo el Estándar Común de Reporte "CRS", cada vez que a su criterio sea aplicable la normativa vigente.
Toda modificación o cambio de circunstancias que afecte al estado de mi residencia fiscal posterior a la fecha, deberá ser notificada al BSE en un plazo de 30 días.

IMPORTANTE

La presentación de esta solicitud no implica aceptación del seguro por parte del BSE, quien libremente podrá rechazar la misma o condicionarla al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos para la suscripción del seguro. La vigencia de la cobertura de este seguro comenzará a partir de la aprobación por parte del BSE de las pruebas de asegurabilidad.

Fecha Lugar _____

Firma de la persona sobre la cual recae el riesgo (excepto menores de 13 años) _____ Aclaración de firma _____

C.I. _____ código serial _____

Firma del representante en caso de menor edad o interdicción _____ Aclaración de firma _____

Firma del Asegurado - Contratante _____ Aclaración de firma _____

La firma debe ser lo más parecida al documento de identidad.

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 _____

E-mail _____