

SOLICITUD DE SEGURO ACCIDENTES PERSONALES Y PRODUCTOS AP365



Complete este formulario completando y marcando lo que corresponda

Corredor N° _____ Cliente N° _____ Póliza N° _____

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



SELLO DE ENTRADA

DATOS DE LA PERSONA CUYA VIDA SE ASEGURA

Apellidos _____ Nombres _____

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

Fecha nacim. _____ Actividad principal _____ otra actividad _____

Sexo: femenino masculino Estado Civil _____

¿Realiza alguna actividad de riesgo?: Sí No ¿Dirige el trabajo?: Sí No

¿Lo realiza personalmente?: Sí No ¿Es zurdo?: Sí No ¿Usa aparatos mecánicos?: Sí No

¿Tiene algún hobby?: Sí No ¿Practica deportes?: Sí No

Sírvase detallar las respuestas afirmativas

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).

DATOS DEL CONTRATO

Forma de pago Moneda: \$ U\$S Mensual Trimestral Semestral Anual Contado

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 _____

Vigencia del seguro Desde _____ para seguros AP a término corto sírvase indicar: hasta _____

Se deberá firmar las tres páginas para presentarlas

Firma del Asegurado / Contratante _____ Aclaración de firma _____

PRODUCTO ACCIDENTES PERSONALES (AP)

Capital inicial _____

Plan	Básico (muerte) <input type="checkbox"/>	Riesgos permanentes (muerte e invalidez) <input type="checkbox"/>	Completa (muerte, invalidez y temporaria) <input type="checkbox"/>
	¿Contrata Temporaria en el Exterior?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Contrata Invalidez específica?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	¿Contrata el uso de Motoneta?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Contrata Plaza de vehículos?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	¿Contrata Avión particular como pasajero?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	¿Contrata Reembolso de gastos médicos?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Tarifa**PRODUCTOS AP365**

Los capitales en Moneda Nacional varían anualmente, consulte con su asesor el capital vigente para el año de contratación

AP365	Muerte accidental Inv. por accidente	Capital inicial _____
AP365 + VIDA	Admite la contratación de 1 (un) solo Seguro por persona	
	Muerte accidental \$ 1.200.000	Muerte accidental U\$S 50.000
	Inv. por accidente \$ 600.000 <input type="checkbox"/>	Inv. por accidente U\$S 25.000 <input type="checkbox"/>
	Muerte natural \$ 120.000	Muerte natural U\$S 5.000
AP365 + REHABILITACIÓN	Admite la contratación de 1 (un) solo Seguro por persona	
	Muerte accidental \$ 200.000	Muerte accidental U\$S 10.000
	Inv. por accidente \$ 200.000 <input type="checkbox"/>	Inv. por accidente U\$S 10.000 <input type="checkbox"/>
	Rehabilitación \$ 30.000	Rehabilitación U\$S 1.500
	Muerte accidental \$ 640.000	Muerte accidental U\$S 30.000
	Inv. por accidente \$ 640.000 <input type="checkbox"/>	Inv. por accidente U\$S 30.000 <input type="checkbox"/>
	Rehabilitación \$ 96.000	Rehabilitación U\$S 4.500

PARA CUALQUIERA DE LOS 3 PRODUCTOS AP365 ¿El uso de moto o motonetas es para el desempeño de la actividad?: Sí No **BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE**

C.I.	Nombre	Parentesco	%	Observaciones

PRODUCTO ACCIDENTES Y ENFERMEDAD

Capital inicial _____

Renta mensual 2% _____

Requisito de suscripción Deberá presentar Declaración Jurada de Salud y/o Examen Médico _____**BENEFICIARIOS PRODUCTO ACCIDENTES Y ENFERMEDAD**

C.I.	Nombre	Parentesco	%	Observaciones

Se deberá firmar las tres páginas para presentarlas

Firma del Asegurado- Contratante _____

Aclaración de firma _____

ENVÍO DE PÓLIZA**Solicito recibir la Póliza y las Condiciones Generales y Específicas de este seguro por la siguiente vía:**Por vía electrónica a la dirección de e-mail indicada E-mail:Por intermedio de mi Corredor **BENEFICIARIO PARA SUPLEMENTOS****Autorizo a cobrar por imposibilidad psico-física a** _____ **C.I.** _____

Se acreditará mediante certificado médico y/o documentación de acuerdo a la exigencia y satisfacción del BSE.

DECLARACIÓN

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 Lugar _____

Firma del Asegurado / Contratante _____ 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 _____

E-mail _____



EN BSE PODÉS CONFIAR TODA TU VIDA