



### SOLICITUD DE SEGURO AP365 SENIOR

Complete este formulario completando y marcando lo que corresponda

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

#### 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 alguna de las dos preguntas anteriores, deberá completar el formulario correspondiente para Personas Políticamente Expuestas (Fórm. 3235).

**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** Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

**Medio de pago** Débito bancario  Tarjeta de crédito  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 \_\_\_\_\_

Se deberá firmar ambas 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 **AP365 SENIOR Opción 1**

Muerte accidental	\$ 300.000	
Inv. por accidente	\$ 300.000	<input type="checkbox"/>
Renta diaria por internación	\$ 300	

Muerte accidental	\$ 600.000	
Inv. por accidente	\$ 600.000	<input type="checkbox"/>
Renta diaria por internación	\$ 600	

**Opción 2**

Muerte accidental	\$ 300.000	
Inv. por accidente	\$ 300.000	
Renta diaria por internación	\$ 300	<input type="checkbox"/>
Rehabilitación	\$ 30.000	
Reembolso de gastos médicos	\$ 30.000	

Muerte accidental	\$ 600.000	
Inv. por accidente	\$ 600.000	
Renta diaria por internación	\$ 600	<input type="checkbox"/>
Rehabilitación	\$ 60.000	
Reembolso de gastos médicos	\$ 60.000	

**BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE**

C.I.	Nombre	Parentesco	%	Observaciones

**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 \_\_\_\_\_