



## SEGURO DE VIAJERO

Complete este formulario marcando lo que corresponda

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

### SELECCIONAR EL PRODUCTO A CONTRATAR (Viajero BSE / Receptivo / Tarjeta Anual)

**Viajero BSE**

Vigencia desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_

Muerte Accidental o pérdida de miembros o la vista, hasta la suma de U\$S 20.000  U\$S 100.000

Capital Asistencia Médica U\$S 100.000 \_\_\_\_\_

Adicionales  Capitales de Enfermedades Preexistentes:

U\$S 10.000  U\$S 30.000 (hasta los 80 años inclusive)  U\$S 85.000 (hasta los 80 años inclusive)

Práctica de Deportes Amateur  especificar el deporte \_\_\_\_\_

Ampliación Cobertura COVID

Ampliación Cobertura COVID PLUS

Extensión de Cobertura de Embarazo  semana 27 a 32 \_\_\_\_\_

**Viajero BSE Receptivo**

Vigencia desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ Días (máx. 90) \_\_\_\_\_

Muerte Accidental o pérdida de miembros o la vista, hasta la suma de U\$S 10.000 \_\_\_\_\_

Capital Asistencia Médica U\$S 15.000 \_\_\_\_\_

Capital Enfermedades Preexistentes U\$S 3.000 \_\_\_\_\_

**Viajero BSE Tarjeta Anual Multiviajes**

(hasta 78 años inclusive) Vigencia desde \_\_\_\_\_

Muerte Accidental o pérdida de miembros o la vista, hasta la suma de U\$S 20.000 \_\_\_\_\_

Capital Asistencia Médica U\$S 100.000 \_\_\_\_\_

Capital Enfermedades Preexistentes U\$S 10.000 \_\_\_\_\_

Ampliación Cobertura COVID

Ampliación Cobertura COVID PLUS

### DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

Fecha nacim. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ años Teléfono \_\_\_\_\_ Documento N° \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Indique dirección de e-mail \_\_\_\_\_

### Datos de la Tarjeta de crédito Tarjeta

N° tarjeta \_\_\_\_\_ Banco emisor \_\_\_\_\_ Vencimiento tarjeta \_\_\_\_\_

### DATOS DEL TITULAR DE LA TARJETA DE CRÉDITO (si difiere del asegurado deberá ingresarse como contratante de la póliza)

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

Fecha nacim. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ años Teléfono \_\_\_\_\_ Documento N° \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Indique dirección de e-mail \_\_\_\_\_

Corredor N° \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_

Por el Banco de Seguros del Estado \_\_\_\_\_

Padrón \_\_\_\_\_

**Beneficiario en caso de muerte**

En los seguros Viajeros BSE los beneficiarios serán, de acuerdo a las Condiciones Generales del Producto, los Herederos. Para que no sea de aplicación lo indicado anteriormente, sírvase designar sus beneficiarios a continuación:

<b>C.I.</b>	<b>Nombre</b>	<b>Parentesco</b>	<b>%</b>	<b>Observaciones</b>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Corredor N° \_\_\_\_\_

Fecha

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_

Por el Banco de Seguros del Estado \_\_\_\_\_

Padrón \_\_\_\_\_