

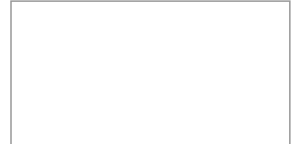
SOLICITUD DE SEGURO RENDA PERSONAL

Complete este formulario marcando lo que corresponda.
La solicitud incompleta será devuelta, ocasionando una demora en la evaluación de la misma

Corredor N° _____ Cliente N° _____

Cotización N° _____ Solicitud N° _____ Póliza N° _____

Si el Contratante es una persona distinta a la persona sobre la que 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. _____ Actividad principal _____ otra actividad _____

Sexo: femenino masculino Estado Civil _____

¿Tiene algún hobby?: Sí No Detalle _____

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

Moneda UI U\$S **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 _____

CARACTERÍSTICAS DE LA RENTA CONTRATADA

Plan: Renta Personal Código _____

Premio Pago Contado Capital Inicial Depositado UI _____ U\$S _____

Pago Periódico Premio UI _____ U\$S _____ Forma de Pago: anual mensual

Edad inicio de renta _____ años Plazo de la Renta: Vitalicia Temporal años.

Importe de la Renta UI _____ U\$S _____

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

Fecha _____ Firma del Asegurado/Contratante _____

ADICIONALES A CONTRATARRenta Garantizada: Sí No Años garantizados _____Indemnización por fallecimiento Sí No Capital UI _____ U\$\$ _____**FORMULARIO QUE SE ADJUNTA A LA PRESENTE SOLICITUD**Declaración Jurada de Salud Anexo Cláusula Preexistencias Ninguno **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
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

IMPORTANTE

La presentación de esta solicitud no implica aceptación del seguro por parte del Banco de Seguros del Estado, quien libremente podrá rechazar la misma o condicionarla al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos para la suscripción del seguro, los cuales podrán determinar el rechazo de la presente propuesta, a su exclusivo criterio.

Si el seguro es sobre la vida de otra persona, la validez del seguro estará basada además en la veracidad sin reticencias de las declaraciones y contestaciones relativas a su estado y antecedentes de salud de la persona sobre la cual recae el riesgo. Se conviene además que la presente solicitud, conjuntamente con las declaraciones y respuestas que se refiere la cláusula precedente, constituye la causa de su contrato con el Banco de Seguros del Estado, formando parte integrante del mismo.

VIGENCIA DEL SEGURO

"La vigencia de la cobertura comenzará en la fecha indicada como Fecha de Vigencia en las Condiciones Particulares de la póliza".

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO - CONTRATANTE**Sírvase indicar su Residencia Fiscal**Uruguay Otro País (especificar) _____

N° Contribuyente _____

Fecha Lugar _____**¿Es contribuyente en EE.UU.?:** Sí No

Declaro conocer y haber sido instruido sobre el contenido de las cláusulas de las Condiciones Generales y Particulares bajo las cuales el Banco de Seguros del Estado asume el riesgo que propongo, las acepto en su totalidad, y garantizo que cada una de las respuestas que he dado en esta solicitud es amplia, correcta y exacta.

Firma del Asegurado/Contratante _____ Aclaración de firma _____

C.I. _____ código serial _____

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

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

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 _____

USO INTERNO - ANTECEDENTES

N° de Póliza _____ Capital: _____ Estado: _____

N° de Póliza _____ Capital: _____ Estado: _____