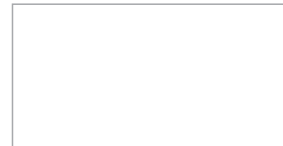




## SOLICITUD DE SEGURO RENTA PERSONAL

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. \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ País de residencia \_\_\_\_\_  
 Sexo: femenino ☐ masculino ☐ Estado Civil \_\_\_\_\_ Nombre del Cónyuge o Concubino \_\_\_\_\_  
 Documento de identidad Cónyuge o Concubino \_\_\_\_\_  
 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 \_\_\_\_\_

### DATOS DEL CONTRATO

Moneda UI ☐ U\$S ☐

Medio de pago Locales de cobranza ☐ 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

Beneficiario final (apoderado/representante): Documento de identidad

**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