

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 _____

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 (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 _____

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:

C.I.	Nombre	Parentesco	%	Observaciones
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos _____ Nombres _____

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 _____

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 _____