



PRODUCTOS

DRONES - AERONAVES NO TRIPULADAS

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Cliente N° _____ Póliza N° _____

COTIZACIÓN **SEGURO AL FIRME**

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 DEL ASEGURADO

Persona Apellidos _____ Nombres _____

C.I. N° _____ Doc. extranjero Tipo _____ País _____ N° _____

Fecha nacim. _____ Actividad principal _____ otra actividad _____

Sexo: femenino masculino Estado Civil _____

Empresa Razón Social _____ Giro _____

Nombre de Fantasía _____ Emp. Unipersonal: Sí No RUT _____

Domicilio real del Asegurado

Calle _____ N° _____ Unidad _____ Apto. _____ Esq. _____

Solar N° _____ Manzana N° _____ Km. _____ Ruta _____ Teléfono _____ Celular _____ C.P. _____

E-mail principal _____ 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

Forma de pago U\$S \$ Contado Financiado Cantidad de cuotas _____

Indicar el día fijo del mes para el vencimiento de las facturas _____ aclaración en letras _____

Medio de pago Locales de cobranza Débito bancario o Tarjeta de crédito

Si es débito o tarjeta, deberá adjuntar formularios correspondientes. _____

Envío de Factura Por e-mail dirección de e-mail _____ A domicilio

Vigencia del Seguro: Desde _____ Hasta _____

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 _____

Envío de Documentación Por e-mail dirección de e-mail: _____

Domicilio real del Asegurado Mismo domicilio de entrega de factura

DATOS DE LA AERONAVE

Marca _____ Modelo _____

Identificación o número de serie _____ Peso de la aeronave (kg) _____

USOS DE LA AERONAVE

Agricultura, Fumigación, Tratamientos Fitosanitarios Filmaciones, Cine y Publicidad
Inspecciones de Edificios e Instalaciones Actividades Científicas, Investigación y Desarrollo Fotogrametría, Topografía
Observación y Vigilancia Doméstico - Recreación Otros usos Describir _____

ÁREA DE COBERTURA

U - Uruguay M - Uruguay, Argentina, Brasil y Paraguay

COBERTURA DEL SEGURO

RC - Responsabilidad Civil Límite de Responsabilidad Civil* _____

*De USD 10.000 a USD 200.000 o su correspondiente en pesos si contrató el seguro en esta moneda.

¿Contrata RC Daños Químicos?* SI NO *Solo para uso fumigación

TOTAL - Daño Accidental y Responsabilidad Civil *Fecha de factura _____ *Valor a nuevo _____

*Se debe indicar, la fecha y el valor que figuran en la factura de compra de la aeronave a nuevo y en la moneda de contratación de la póliza.

INFORMACIÓN NECESARIA PARA LA SUSCRIPCIÓN (solo para plan TOTAL)

Se deberán adjuntar los siguientes documentos: Factura de compra de la Aeronave
Foto del número de serie de la Aeronave
Foto de la Aeronave

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.

En caso que el Asegurado, sus dependientes o representantes no cumplan con el pago de cualquier premio correspondiente a este contrato de seguro, dicho pago será de cargo del propietario de la embarcación asegurada.

DECLARACIÓN

Declaramos conocer y haber sido instruidos 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 proponemos, así como el de las establecidas en la presente solicitud, 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 _____ Firma del Asegurado _____ Aclaración firma _____

C.I. _____ código serial _____

Fecha _____
Firma del Propietario de la embarcación _____ 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 _____

