



**SOLICITUD DE SEGURO  
SEGUROS INDIVIDUALES**

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° \_\_\_\_\_ Póliza N° \_\_\_\_\_



SELLO DE ENTRADA

**PLAN** \_\_\_\_\_ **CAPITAL** \_\_\_\_\_

Si el Contratante es una persona distinta a la persona cuya vida se asegura, sírvase completar el formulario Datos del Contratante (F. 2434) y adjuntar al presente.

**DATOS DE LA PERSONA CUYA VIDA SE ASEGURA**

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

C.I.  N° \_\_\_\_\_ Doc. extranjero  Tipo \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Fecha nacim. \_\_\_\_\_ Actividad principal \_\_\_\_\_ otra actividad \_\_\_\_\_

Sexo: femenino  masculino  Estado Civil \_\_\_\_\_

Sírvase indicar su ingreso mensual en pesos uruguayos \_\_\_\_\_

Actividad o profesión \_\_\_\_\_ Otras actividades \_\_\_\_\_

¿Dirige el trabajo?: Sí  No  ¿Lo realiza personalmente?: Sí  No  ¿Es zurdo?: Sí  No

¿Usa aparatos mecánicos?: Sí  No  (detallar) \_\_\_\_\_

¿Tiene algún hobby?: Sí  No  (detallar) \_\_\_\_\_

¿Practica deportes?: Sí  No  (detallar) \_\_\_\_\_

¿Realiza alguna actividad de riesgo?: Sí  No  (detallar) \_\_\_\_\_

**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 alguna de las dos preguntas anteriores, deberá completar el formulario correspondiente para Personas Políticamente Expuestas (Fórm. 3235).

**ENVÍO DE PÓLIZA**

**Solicito recibir la Póliza y las Condiciones Generales y Específicas de este seguro por la siguiente vía:**

Por vía electrónica a la dirección de e-mail indicada  E-mail: \_\_\_\_\_

Por intermedio de mi Corredor

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

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Asegurado/Contratante \_\_\_\_\_

**DATOS DEL CONTRATO****Forma de pago** Moneda: \$  U\$S Contado  Mensual  Trimestral  Semestral  Anual **Medio de pago** Locales de cobranza  Débito bancario o Tarjeta de crédito  Colectivo  indicar N° de cobro  
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 \_\_\_\_\_**FORMULARIO QUE SE ADJUNTA A LA PRESENTE SOLICITUD**Declaración Jurada de Salud  Declaración Jurada de Salud Reducida  Anexo Cláusula Preexistencias **PLAN CONTRATADO** \_\_\_\_\_**CAPITAL** \_\_\_\_\_**ADICIONALES**¿Contrata Muerte Accidental?: Sí  No ¿Contrata Invalidez por Accidente?: Sí  No ¿Contrata enfermedades graves?: Sí  No **Si contrata Ahorro+Vida 65 o Vida Pago Elegido 65 o Temporario No Convertible**¿Contrata Ingreso Seguro?: Sí  No Carencia en Ingreso Seguro \_\_\_\_\_ 7 días 12 meses de cobertura \_\_\_\_\_ 15 días 24 meses de cobertura 

Ingreso Mensual del Asegurado en U\$S \_\_\_\_\_

Renta Mensual de Ingreso Seguro U\$S \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE**

N° de documento	Nombre completo	Parentesco	%	Observaciones
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**BENEFICIARIOS EN CASO DE VIDA (AHORRO)**

N° de documento	Nombre completo	Parentesco	%	Observaciones
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**BENEFICIARIO PARA SUPLEMENTOS**

Autorizo a cobrar por imposibilidad psico-física a \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Se acreditará mediante certificado médico y/o documentación de acuerdo a la exigencia y satisfacción del BSE.

**Si no imprime este formulario doble faz, sírvase incluir fecha y firma también en esta página**Fecha  Firma del Asegurado/Contratante \_\_\_\_\_

## IMPORTANTE

El solicitante deja establecido que se responsabiliza de la veracidad sin reticencias de las declaraciones y respuestas consignadas en esta solicitud, así como siendo el seguro sobre su vida, de las que proporcione sobre su estado y antecedentes de salud en la declaración jurada pertinente u otros formularios o cuestionarios que correspondan.

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 cuya vida se asegura en la declaración jurada pertinente u otros formularios o cuestionarios que correspondan. 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, formando parte integrante del mismo. Se conviene además que el Banco las promesas contenidas en dichas pólizas y que se hallen además de acuerdo con las tarifas y planes de seguro actualmente en uso en el mismo.

### Notas:

- La vigencia de la cobertura de este seguro comenzará a partir de la aprobación por parte del banco de las pruebas de asegurabilidad presentadas por el Asegurado/Contratante, salvo que en las Condiciones Generales o Particulares de la póliza se hubiera estipulado otra cosa.

- Los premios se abonarán únicamente contra recibo extendido por el Banco.

## DECLARACIÓN DEL ASEGURADO - CONTRATANTE

### Sírvase indicar su Residencia Fiscal

Uruguay

Otro País  (especificar)

N° Contribuyente

¿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.

Fecha

Lugar

Firma del Asegurado/Contratante

Aclaración firma

C.I. código serial

Firma de la persona cuya vida se asegura

## DECLARACIÓN DEL CORREDOR

¿Contrata Comisión nivelada?: Sí  No

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

## ANTECEDENTES INTERNOS

N° de Póliza	Capital	Estado	Adj. Carp.

### En caso de contratar Continuación Integrada o Continuación Nivelada

N° de contrato	N° de certificado individual	Capital vida	Capital retiro