

SOLICITUD DE SEGURO SEGUROS INDIVIDUALES

SELLO DE ENTRADA

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.

DATOS DE LA PERSONA SOBRE LA CUAL 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

Forma de pago Moneda: \$ ☐ U\$S ☐
 Contado ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐

Medio de pago Locales de cobranza ☐ Débito bancario ☐ Colectivo ☐ Indicar N° de cobro: _____
 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 mail _____

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

¿Realiza alguna actividad de riesgo?: Sí ☐ No ☐ Detallar: _____

¿Usa aparatos mecánicos?: Sí ☐ No ☐ Detallar: _____

¿Tiene algun hobby o practica deportes?: Sí ☐ No ☐ Detallar: _____

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: _____

ADICIONALES

Muerte Accidental: Sí ☐ No ☐Invalidez por Accidente: Sí ☐ No ☐

Enfermedades graves: sírvase completar Fóm 3487

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

Nº de documento	Nombre completo	Parentesco	%	Observaciones

BENEFICIARIO EN CASO DE VIDA (AHORRO+VIDA)

Nº de documento	Nombre completo	Parentesco	%	Observaciones

DECLARACIÓN DE LA PERSONA SOBRE LA CUAL RECAE EL RIESGO

Residencia Fiscal Uruguay ☐ Otro País ☐ (especificar)

Nº Contribuyente

¿Es contribuyente en EE.UU.?: Sí ☐ No ☐

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO - CONTRATANTE

Residencia Fiscal Uruguay ☐ Otro País ☐ (especificar)

Nº 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

Aclaración firma

C.I. código serial

Firma del Asegurado-Contratante

Beneficiario final (apoderado/representante):

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

¿Contrata Comisión nivelada?: Sí ☐ No ☐