



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 _____ Duración del viaje _____

SELECCIONE EL PLAN QUE DESEA CONTRATAR

Plan Básico:

- Capital de Asistencia Médica: USD 120.000
- Cobertura para Enfermedades Preexistentes: Incluye USD 10.000
- Ampliación cobertura enfermedades preexistentes
- U\$S 30.000 (hasta los 80 años inclusive) U\$S 85.000 (hasta los 80 años inclusive)

Plan Ampliado:

- Capital de Asistencia Médica: USD 1.000.000
- Cobertura para Enfermedades Preexistentes: Incluye USD 30.000

Muerte accidental o Pérdida de Miembros:

- USD 20.000
- USD 100.000

Coberturas adicionales para ambos planes:

- Práctica de Deportes Amateur: Especifique _____
- Ampliación de Cobertura COVID
- Ampliación de Cobertura COVID Plus
- Extensión de Cobertura de Embarazo: Semanas 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 30.000
- Capital Enfermedades Preexistentes U\$S 3.000

Viajero BSE Tarjeta Anual Multiviajes (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 120.000
- Capital Enfermedades Preexistentes U\$S 10.000
- Ampliación Cobertura COVID
- Ampliación Cobertura COVID PLUS

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos _____

Nombres _____

Fecha nacim. Edad _____ años Teléfono _____ Documento N° _____ Tipo _____

Dirección en Uruguay _____

Indique dirección de e-mail _____

Datos de la Tarjeta de crédito

Tarjeta _____

Banco emisor _____

N° tarjeta _____ Vencimiento tarjeta _____

DATOS DEL TITULAR DE LA TARJETA DE CRÉDITO (si difiere del asegurado deberá ingresarse como contratante de la póliza)

Apellidos _____ Nombres _____

Fecha nacim. Edad _____ años Teléfono _____ Documento N° _____ Tipo _____

Dirección _____

Indique dirección de e-mail _____

Corredor N° _____

La firma debe ser lo más parecida al documento de identidad.Fecha

Firma del Solicitante _____

Por el Banco de Seguros del Estado _____

Padrón _____

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
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Corredor N° _____

La firma debe ser lo más parecida al documento de identidad.Fecha

Firma del Solicitante _____

Por el Banco de Seguros del Estado _____

Padrón _____