VIDA BSE

VIDA

SOLICITUD DE SEGURO
SEGUROS INDIVIDUALES

SELLO DE ENTRADA

Corredor N° | Cliente N° | Póliza N° | SC

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 ☐

Actividad o profesión | Otras actividades

Sírvase indicar su ingreso mensual en pesos uruguayos

Estado Civil | Nombre del Cónyuge o Concubino

Documento de identidad Cónyuge o Concubino

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 | País

Declaración de Información Personal PEP

Se entiende por personas políticamente expuestas (PEP) a las personas que desempeñan o han desempeñado en los últimos 5 (cinco) años 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, representantes y senadores del Poder Legislativo, dirigentes destacados de partidos políticos, directores y altos ejecutivos de empresas estatales y otras instituciones públicas. También se entiende como PEP a aquellas personas que desempeñan o han desempeñado en los últimos 5 (cinco) años una función de jerarquía en un organismo internacional, como ser: miembros de la alta gerencia, directores, subdirectores, miembros de la junta o funciones equivalentes (art. 78.1 de la RNSR del BCU).

1- **¿Es usted una persona expuesta políticamente?** Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, sírvase indicar el cargo desempeñado | País

2- **¿Está vinculado con una persona expuesta políticamente?** Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, sírvase indicar el vínculo | País

Si es PEP del exterior, completar formulario 3235 - debida diligencia intensificada del cliente PEP del exterior. Si es vinculado a PEP del exterior, completar formulario 3209 - debida diligencia intensificada del cliente Persona Física.

DATOS DEL CONTRATO

Forma de pago Moneda: $ ☐ U$S ☐ UI (solo válida para Ahorro + Vida) ☐

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:

PLAN CONTRATADO _____ **CAPITAL** _____

ADICIONALES

Muerte Accidental: Sí ☐ No ☐

Invalidez por Accidente: Sí ☐ No ☐

Enfermedades graves: sírvase completar Fórm 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

N° de documento	Nombre completo	Parentesco	%	Observaciones

BENEFICIARIO EN CASO DE VIDA (AHORRO+VIDA)

N° de documento	Nombre completo	Parentesco	%	Observaciones

DECLARACIÓN DE LA PERSONA SOBRE LA CUAL RECAE EL RIESGO

Residencia Fiscal Uruguay ☐ Otro País ☐ (especificar) _____ N° Contribuyente _____

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

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO - CONTRATANTE

Residencia Fiscal Uruguay ☐ Otro País ☐ (especificar) _____ N° Contribuyente _____

Ingresos mensuales en pesos uruguayos _____ **¿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 ☐