



### SOLICITUD DE SEGURO

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° \_\_\_\_\_ Contrato N° \_\_\_\_\_  
 Certificado Individual N° \_\_\_\_\_ Póliza N° \_\_\_\_\_



SELLO DE ENTRADA

#### DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_  
 C.I.  N° \_\_\_\_\_ Doc. extranjero  Tipo \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
 Fecha nacim. \_\_\_\_\_ Actividad principal \_\_\_\_\_ otra actividad \_\_\_\_\_  
 Sexo: femenino  masculino  Estado Civil \_\_\_\_\_

#### Domicilio real del Asegurado

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Unidad \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_ Esq. \_\_\_\_\_  
 Solar N° \_\_\_\_\_ Manzana N° \_\_\_\_\_ Km. \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_  
 N° de cobro \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia \_\_\_\_\_  
 Capital inicial \_\_\_\_\_

**De corresponder prueba según pautas vigentes y para capitales hasta USD 20.000 o su equivalente en moneda nacional:**

¿Presenta Declaración Jurada de Salud?: Sí  No

Si mi respuesta es "NO", tomo conocimiento que será de aplicación la cláusula de Enfermedades Preexistentes para la cobertura de fallecimiento, por la cual no se cubrirán los siniestros ocurridos durante los primeros tres años de vigencia del certificado individual que sean consecuencia de una Enfermedad Preexistente, según la siguiente definición:

"Se entiende por Enfermedad Preexistente una condición o enfermedad y sus consecuencias, debido a la cual la persona a asegurar ha recibido diagnóstico, tratamiento médico, servicio o medicamento recetado por un médico antes de la fecha de entrada en vigencia del certificado individual".

Para adicionales, será de aplicación lo indicado en sus condiciones.

**El Banco de Seguros del Estado, se reserva el derecho a solicitar información médica del Solicitante/Asegurado, así como también la historia clínica en caso que lo considere pertinente.**

#### 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).

**Se deberá firmar ambas páginas para presentarlas**

Firma del Asegurado \_\_\_\_\_ Aclaración de firma \_\_\_\_\_

## BENEFICIARIOS

Apellidos					Nombres		
C.I. <input type="checkbox"/> N°	Doc. extranjero <input type="checkbox"/>	Tipo	País	N°			
% Parentesco							
Apellidos					Nombres		
C.I. <input type="checkbox"/> N°	Doc. extranjero <input type="checkbox"/>	Tipo	País	N°			
% Parentesco							
Apellidos					Nombres		
C.I. <input type="checkbox"/> N°	Doc. extranjero <input type="checkbox"/>	Tipo	País	N°			
% Parentesco							
Apellidos					Nombres		
C.I. <input type="checkbox"/> N°	Doc. extranjero <input type="checkbox"/>	Tipo	País	N°			
% Parentesco							

## OBSERVACIONES

## DATOS A COMPLETAR SI ASEGURA CÓNYUGE O CONCUBINO

Parentesco	C.I.	Nombres y apellidos completos	Fecha nacimiento	Capital
Cónyuge <input type="checkbox"/>				
Concubino <input type="checkbox"/>				

De corresponder prueba según pautas vigentes y para capitales hasta USD 20.000 o su equivalente en moneda nacional:

¿Presenta Declaración Jurada de Salud?: Sí  No

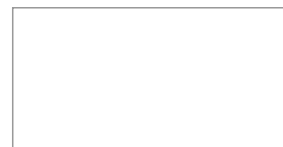
Si mi respuesta es "NO", tomo conocimiento que será de aplicación la cláusula de Enfermedades Preexistentes para la cobertura de fallecimiento, por la cual no se cubrirán los siniestros ocurridos durante los primeros tres años de vigencia del certificado individual que sean consecuencia de una Enfermedad Preexistente, según la siguiente definición:

"Se entiende por Enfermedad Preexistente una condición o enfermedad y sus consecuencias, debido a la cual la persona a asegurar ha recibido diagnóstico, tratamiento médico, servicio o medicamento recetado por un médico antes de la fecha de entrada en vigencia del certificado individual".

Para adicionales, será de aplicación lo indicado en sus condiciones.

### IMPORTANTE

Sello de la Empresa o Sociedad Contratante y firma responsable que certifique que el Solicitante está en ACTIVIDAD PLENA. Esta certificación implica que el Solicitante NO está en uso de licencia de cualquier naturaleza a la fecha de firma de la presente solicitud.



El Banco de Seguros del Estado, se reserva el derecho a solicitar información médica del Solicitante/Asegurado, así como también la historia clínica en caso que lo considere pertinente.

SELLO DE ENTRADA

## DECLARACIÓN

Declaramos conocer y haber sido instruidos sobre el contenido de las cláusulas de las Condiciones Generales bajo las cuales el Banco de Seguros del Estado asume el riesgo que proponemos, 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  Lugar \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_