

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 _____ Días

Muerte Accidental o pérdida de miembros o la vista, hasta la suma de U\$S 20.000

Capital Asistencia Médica U\$S 500.000

Adicionales Capitales de Enfermedades Preexistentes U\$S 25.000

Ampliación Cobertura COVID

Ampliación Cobertura COVID PLUS

Extensión de Cobertura de Embarazo semana 27 a 32

Condiciones del Producto

* Emisión mínima de 10 días

* Inicio de vigencia máximo 31 de diciembre

* El pasajero tiene un máximo de 10 días desde la emisión para solicitar la anulación de la póliza y la camiseta debe ser devuelta en los puntos de entrega, en caso contrario no se procederá a la anulación de la misma.

* Si la camiseta aún no fue retirada, el voucher puede anularse antes de comenzar la vigencia.

* Producto válido hasta 69 años de edad inclusive

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° _____

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 igual al documento de identidad.

Fecha _____

Firma del Solicitante _____

Por el Banco de Seguros del Estado _____

Padrón _____