



# ACCIDENTES DEL TRABAJO

## SOLICITUD DE SEGURO VOLUNTARIO

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° \_\_\_\_\_ Cliente N° \_\_\_\_\_  
Póliza N° \_\_\_\_\_ Cotización N° \_\_\_\_\_



SELLO DE ENTRADA

### DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO

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

**Empresa** Razón Social \_\_\_\_\_ Giro \_\_\_\_\_  
Nombre de Fantasía \_\_\_\_\_ Empresa Unipersonal: Sí  No   
RUT  N° Contribuyente  N° \_\_\_\_\_ N° Empresa \_\_\_\_\_

### Domicilio real del Contratante/Asegurado

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Unidad \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_ Esq. \_\_\_\_\_  
Solar N° \_\_\_\_\_ Manzana N° \_\_\_\_\_ Km. \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
E-mail principal \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

### 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).

### DATOS DEL CONTRATO

**Forma de pago** Moneda: \$  \_\_\_\_\_ Cant. de cuotas \_\_\_\_\_ aclaración en letras: \_\_\_\_\_  
Indicar el día fijo del mes para el vencimiento de las facturas \_\_\_\_\_ aclaración en letras \_\_\_\_\_

**Envío de Factura** Por e-mail  dirección de e-mail: \_\_\_\_\_ A domicilio

**Si la Dirección de entrega de la Factura no es la misma que el Domicilio real del Contratante/Asegurado, llene a continuación**

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Unidad \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_ Esq. \_\_\_\_\_  
Solar N° \_\_\_\_\_ Manzana N° \_\_\_\_\_ Km. \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

**Envío de Documentación** Por e-mail  dirección de e-mail: \_\_\_\_\_  
Domicilio real del Asegurado  Mismo domicilio de entrega de factura

**Vigencia del seguro** Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_



**RÉGIMEN IMPOSITIVO****La actividad asegurada se desarrolla exclusivamente en**Recinto con régimen impositivo normal  Recinto aduanero  Recinto portuario  Suelo antártico  Zona franca **TIPO DE ACTIVIDAD****Describe detalladamente la actividad principal y secundaria, señalando una breve reseña de los procesos****De uso interno** Código de actividad CIUU \_\_\_\_\_**PERSONAL NOMINADO****1** Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_

Tipo y N° doc. de identidad \_\_\_\_\_

Salario mensual \_\_\_\_\_

**2** Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_

Tipo y N° doc. de identidad \_\_\_\_\_

Salario mensual \_\_\_\_\_

**3** Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_

Tipo y N° doc. de identidad \_\_\_\_\_

Salario mensual \_\_\_\_\_

**De tener la Persona Física o Empresa más de tres Socios/Patronos, deberá anexar nota con los datos correspondientes:****Nombres y Apellidos, Tipo y N° doc. de identidad y Salario mensual.****IMPORTANTE**

La cobertura de siniestros se extiende desde las 0 horas del día siguiente a la presentación de esta solicitud en el Banco de Seguros del Estado o cualquiera de sus dependencias en todo el País, hasta las 24 horas del día de vencimiento.

Podrá contratarse el presente seguro a fin de obtener cobertura respecto de personas físicas que desarrollan actividad que no se encuentren comprendidas en la Ley 16.074.

La Póliza del Seguro Accidentes del Trabajo - Voluntario emitida por el BSE cubre exclusivamente los accidentes o enfermedades profesionales que sufran las personas indicadas en la Póliza.

El capital será opcional para el asegurado y el mismo debe tener como mínimo 1 salario mínimo nacional.

La presentación de la misma, que forma parte del contrato, no implica aceptación del seguro por parte del Banco de Seguros del Estado, quien podrá rechazar la misma o condicionarla al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos para la suscripción del seguro, los cuales podrán determinar el rechazo de la presente propuesta, a su exclusivo criterio (Por ejemplo: deudas sin regularizar).

**RECUERDE**

**En caso de siniestro debe trasladarse al accidentado a nuestras dependencias (Hospital del BSE en la calle José Pedro Varela 3420 entre Br. José Batlle y Ordoñez y Madreselva). Si la urgencia del caso lo exige, podrá ser llevado al centro asistencial más próximo.**

El Art. 48 de la Ley 16.074 establece multas para el patrono que sin causa justificada no realice la denuncia de un accidente de trabajo dentro de los plazos allí establecidos (72 hs. en Montevideo y 5 días hábiles en el interior) de 50 UR la primera vez y 100 UR en las reiteraciones.

**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  Firma del Asegurado \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**El Banco de Seguros del Estado pone a disposición de sus clientes, un completo servicio de asesoramiento en prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.**

**A través del Sector Administración de Riesgos, y sin costo alguno, un experimentado plantel de Técnicos Prevencionistas en Seguridad e Higiene en el trabajo, colaboran con los empresarios, orientándolos hacia soluciones más eficientes y económicas en materia de prevención, implantando programas de seguridad e higiene industrial, capacitando al personal, etc.**

