

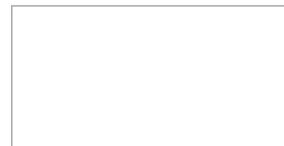


# COMBINADO COMERCIO

## SOLICITUD DE SEGURO LOCALES DE COBRO Y PAGO

Complete este formulario marcando lo que corresponda

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



SELLO DE ENTRADA

Si el Contratante es una persona distinta al Asegurado, sírvase completar el formulario Datos de Contratante (F. 2434) y adjuntar al presente.

### DATOS DEL 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 o Actividad \_\_\_\_\_

Nombre de Fantasía \_\_\_\_\_ Emp. Unipersonal: Sí  No  RUT \_\_\_\_\_

### Socios integrantes de la firma

Apellido \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

C.I.  N° \_\_\_\_\_ Doc. extranjero  Tipo \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

C.I.  N° \_\_\_\_\_ Doc. extranjero  Tipo \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

C.I.  N° \_\_\_\_\_ Doc. extranjero  Tipo \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

### Domicilio real del 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: \$  U\$S

Contado  Financiado  Cant. de cuotas \_\_\_\_\_ aclaración en letras: \_\_\_\_\_

Indicar el día fijo del mes para el vencimiento de las facturas \_\_\_\_\_ aclaración en letras \_\_\_\_\_

**Medio de pago** Locales de cobranza  Débito bancario o Tarjeta de crédito  Otro  detalle \_\_\_\_\_

Si es débito o tarjeta, deberá adjuntar formularios correspondientes. \_\_\_\_\_



**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 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 \_\_\_\_\_

**Cesión de derechos - Derechos de indemnización transferidos a:** Nombre completo \_\_\_\_\_

C.I.  N° \_\_\_\_\_ Doc. extranjero  Tipo \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_

### UBICACIÓN DEL RIESGO

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Unidad \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_  
Padrón N° \_\_\_\_\_ Solar N° \_\_\_\_\_ Manzana N° \_\_\_\_\_ Km. \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

### DOCUMENTACIÓN A EXHIBIR

Indique qué documentos exhibirá en caso de siniestro para demostrar la pérdida de los bienes hurtados o dañados

**La omisión de indicación específica en este ítem, puede dar lugar a la exclusión del siniestro.**

### EXISTENCIAS

**Capital total** \_\_\_\_\_

**Riesgos adicionales a cubrir**

Hurto por tumulto  Incendio por tumulto  Daños materiales por tumulto  Explosión   
Precipitación de aviones y embestida de vehículos  Hurto por complicidad del dependiente   
Huracanes, tornados y tempestades   
Otros  (detallar) \_\_\_\_\_

### EDIFICIO

**Incendio del Edificio** Capital \_\_\_\_\_

### ASALTO VALORES EN LOCAL

**Hurto**  **Incendio**  **Complicidad**  **Daños en exceso**

**¿Ha sufrido asaltos o hurtos?** Sí  No  En caso afirmativo, sírvase dar detalles de fechas y montos:

Fecha \_\_\_\_\_ monto \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ monto \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_ monto \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ monto \_\_\_\_\_

Se podrá cubrir el adicional de **Hurto únicamente** si existe en el local Caja Fuerte o Cofre debidamente empotrado en pared no lindera o piso **con cerradura de combinación o con llave de doble paleta**, previamente aceptada por el Banco.

**¿Tiene Cada Fuerte?** Sí  No  En caso afirmativo, sírvase describir características:

Marca \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ kg. Medidas \_\_\_\_\_  
Retardo mínimo de 7 minutos  Retardo mínimo de 7 minutos y sensor antimasking  Sin retardo

**¿Tiene Cofre?** Sí  No  En caso afirmativo, sírvase describir características:

Empotrado: Sí  No  ¿dónde? \_\_\_\_\_  
Retardo mínimo de 7 minutos  Retardo mínimo de 7 minutos y sensor antimasking  Sin retardo

La omisión de identificación específica en este ítem, puede dar lugar a la exclusión del siniestro.

### ASALTO VALORES EN TRÁNSITO - Bienes a cubrir

**Dinero en efectivo**  **Dinero y valores fácilmente convertibles**   
**Otros**  detallar: \_\_\_\_\_

### INDICAR DE LOS CONDUCTORES DE FONDOS

**Titulares (transportadores simultáneos) en horario de 7 a 21 hs.**

<b>1</b>	Apellidos _____	Nombres _____
	C.I. _____	Radio: Montevideo <input type="checkbox"/> Interior <input type="checkbox"/> todo el país <input type="checkbox"/>
	Capital a asegurar _____	Cantidad remesas anuales _____
<b>2</b>	Apellidos _____	Nombres _____
	C.I. _____	Radio: Montevideo <input type="checkbox"/> Interior <input type="checkbox"/> todo el país <input type="checkbox"/>
	Capital a asegurar _____	Cantidad remesas anuales _____
<b>3</b>	Apellidos _____	Nombres _____
	C.I. _____	Radio: Montevideo <input type="checkbox"/> Interior <input type="checkbox"/> todo el país <input type="checkbox"/>
	Capital a asegurar _____	Cantidad remesas anuales _____
<b>4</b>	Apellidos _____	Nombres _____
	C.I. _____	Radio: Montevideo <input type="checkbox"/> Interior <input type="checkbox"/> todo el país <input type="checkbox"/>
	Capital a asegurar _____	Cantidad remesas anuales _____
<b>5</b>	Apellidos _____	Nombres _____
	C.I. _____	Radio: Montevideo <input type="checkbox"/> Interior <input type="checkbox"/> todo el país <input type="checkbox"/>
	Capital a asegurar _____	Cantidad remesas anuales _____

**Suplentes (máximo 3 por cada titular)**

<b>1</b>	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
<b>2</b>	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
<b>3</b>	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
<b>4</b>	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
<b>5</b>	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____

**RIESGOS ADICIONALES**Complicidad de dependiente **¿HAN SIDO VÍCTIMAS DE EXPOLIACIÓN SUS CONDUCTORES DE FONDOS?**Sí  No ¿Cuándo fue?  ¿Con qué consecuencias? \_\_\_\_\_**BIENES DE TERCEROS****Salvo voluntad expresa del solicitante en contrario, las existencias propiedades de terceros están incluidas en este seguro.**¿Se deben excluir?: Sí  No **¿TIENE SEGURO DE INCENDIO SOBRE EL MISMO RIESGO?**Sí  No  en caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_ Monto \_\_\_\_\_

**RELACIÓN COMERCIAL ENTRE EL PROPONENTE Y EL OBJETO DEL SEGURO****Indique la misma****IMPORTANTE**

La aceptación de este seguro está condicionada a la información sobre el estado del riesgo y al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos por el Banco de Seguros del Estado para la suscripción del seguro, los cuales podrán determinar el rechazo de la presente solicitud, a criterio exclusivo del Banco.

Salvo indicación expresa en contrario, y en caso de no existir observaciones sobre la información aportada, el seguro entra en vigencia al mediodía siguiente de aceptada esta solicitud.

Los contratos están sujetos al sistema de renovación automática, excepto en los casos de pólizas por término corto.

**Una vez aceptado el seguro, el Asegurado está obligado a hacer uso de todas las medidas de seguridad físicas con que cuenta el riesgo.**

**Nota: En caso de ocurrir modificaciones acerca de lo declarado en este informe de riesgo, se deberá dar aviso escrito al Banco en forma inmediata.**

**DECLARACIÓN****Si el Contratante y el Asegurado son la misma persona, firme una sola vez.**

Declaro conocer y haber sido instruido sobre el contenido de las cláusulas de las Condiciones Generales y Específicas bajo las cuales el Banco de Seguros del Estado asume el o los riesgos que propongo, las acepto en su totalidad, y garantizo que cada una de las respuestas que he dado es amplia, correcta y exacta.

Fecha 

Firma del Contratante o Asegurado Primer Titular \_\_\_\_\_ Aclaración firma \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_ código serial \_\_\_\_\_

Fecha 

Firma del Asegurado Segundo Titular \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

**DE USO INTERNO**

Clave \_\_\_\_\_

