

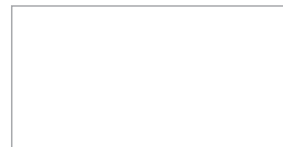


COMBINADO COMERCIO

SOLICITUD DE SEGURO LOCALES DE COBRO Y PAGO

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° _____ Cliente N° _____ Póliza N° _____



SELO 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 _____ 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.

1	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 _____
2	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 _____
3	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 _____
4	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 _____
5	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)

1	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
2	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
3	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
4	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
5	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____
	Apellidos _____	Nombres _____	C.I. _____

RIESGOS ADICIONALESComplicidad 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 _____

