



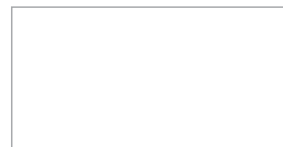
# VEHÍCULOS

## SOLICITUD DE SEGURO LICENCIA DE CONDUCIR

Complete este formulario marcando lo que corresponda

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

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



SELLO DE ENTRADA

### 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 \_\_\_\_\_ Nombre de Fantasía \_\_\_\_\_  
Empresa Unipersonal: Sí  No  RUT \_\_\_\_\_

### 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



**Promoción**Vigencia del seguro Desde  hasta **Este seguro no entrará en vigencia antes de la hora 12 del día siguiente a la fecha de contratación.****Cesión de derechos** Apellidos  Nombres C.I.  RUT **DATOS DEL RIESGO**Si contrata adicional de accidentes personales, indique: cantidad de plazas a cubrir: **Tipos de vehículos a conducir** (marque la/s casilla/s que corresponda/n)

Autos o camionetas rurales particulares <input type="checkbox"/>	Omnibúses urbanos <input type="checkbox"/>
Camionetas furgón, doble cabina o pick-up particulares <input type="checkbox"/>	Otros omnibúses <input type="checkbox"/>
Taxis, remises, alquiler sin chofer <input type="checkbox"/>	Otros vehículos <input type="checkbox"/>

**DATOS IDENTIFICATORIOS**Número de licencia:  Categoría: 

(La licencia de conducir debe ser indefectiblemente la del Asegurado)

**PLAN DE SEGURO****Básico** Responsabilidad Civil (10 RC daños personales y 5 RC daños a bienes) **Vital** Responsabilidad Civil sólo daños personales (cubre 40 RC) **OBSERVACIONES****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 