



ACCIDENTES DEL TRABAJO

SOLICITUD DE SEGURO APORTACIÓN - INDUSTRIA Y COMERCIO Seguro obligatorio Ley 16.074

Complete este formulario marcando lo que corresponda

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

Aplica para: Empresas con aportación Industria y Comercio

SELLO DE ENTRADA

DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO

Razón Social KAKTUS SRL Giro DESARROLLO DE SOFTWARE
Empresa Unipersonal: Sí ☐ No ☒ RUT ☐ N° Contribuyente ☐ N° 211101110018 N° Empresa 3333333
Domicilio real del Contratante/Asegurado
Calle ANZANI 2129 N° 2129 Unidad _____ Apto. 001 Esq. AV. ITALIA
Solar N° _____ Manzana N° _____ Km. _____ Ruta _____ Teléfono _____ Celular _____ C.P. _____
E-mail KAKTUS.SOFT.2019@GMAIL.COM Localidad MDEO Departamento Montevideo

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: \$ ☒

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: KAKTUS.SOFT.2019@GMAIL.COM 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 _____

INICIO DEL SEGURO

Desde _____

RÉGIMEN IMPOSITIVO**La actividad asegurada se desarrolla exclusivamente en**Recinto con régimen impositivo normal ☐ Recinto aduanero ☐ Recinto portuario ☐ Suelo antártico ☐ Zona franca ☐

Nota: En caso de que la actividad de la empresa se desarrolle parcialmente en algún recinto que aplique régimen impositivo especial (tasa 0) y a fin de que la póliza aplique el IVA correcto, sírvase indicar qué porcentaje de los salarios totales que abona la empresa es destinado al pago de sueldos del personal que se desempeña en los locales que aplican dicho régimen impositivo especial.

Porcentaje de personal que opera en régimen impositivo especial: _____ %.

Será responsabilidad del Asegurado mantener actualizado este porcentaje a efectos de que la póliza aplique en todo momento los porcentajes de impuestos adecuados.

TIPO DE ACTIVIDAD**Describa detalladamente el giro y la actividad de la Empresa**

EMPRESA INFORMATICA DEDICADA A LA PRODUCCION DE SOPORTES LOGICOS, SOFTWARE, INSTALACION, REPARACION Y MANTENIMIENTO DE REDES. SERVICIOS INFORMATICOS

De uso interno Código de actividad CIUU _____**PERSONAL DE LA EMPRESA****Previo a la indemnización de un siniestro, el Banco de Seguros del Estado verificará que el dependiente**

figure en los registros del BPS o en la nómina declarada al Banco de Seguros del Estado, según corresponda. En caso de dependiente no declarado, el Banco de Seguros del Estado podrá ejercer acciones de recupero de acuerdo a lo establecido en la Ley 16.074.

NÓMINA BSE – Personal que aún no ha sido registrado en el BPS**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 Empresa más de tres dependientes nominados, 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.

La información para el cálculo de los Capitales Mensuales de la Póliza será obtenida de la Declaración de Salarios que la Empresa informa al BPS mas los salarios mensuales de los dependientes declarados en la Nómina.

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).

La información para el cálculo de los Capitales Mensuales de la Póliza será obtenida de la declaración de salarios que la Empresa informa al BPS más los salarios mensuales de los Dependientes declarados en la nómina.

RECUERDE

En caso de siniestro debe trasladarse al accidentado a nuestras dependencias (C.S.M. en Montevideo -Mercedes y J. H. y Obes- y mutualistas contratadas en el interior). 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 LEANDRO FUNES
C.I. 4940577-0 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.

