



# ACCIDENTES DEL TRABAJO

## SOLICITUD DE SEGURO APORTACIÓN CAJA CIVIL Y OTRAS

Complete este formulario marcando lo que corresponda

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

Póliza N° \_\_\_\_\_ Cotización N° \_\_\_\_\_



SELLO DE ENTRADA

**Aplica para: Empresa con aportación Bancaria, Notarial, Civil y Rural (Empresas forestales)**

### 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° Empresa \_\_\_\_\_

### Lugar donde se encuentra la documentación

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 alguna de las dos preguntas anteriores, deberá completar el formulario correspondiente para Personas Políticamente Expuestas (Fórm. 3235).

### DATOS DEL CONTRATO

**Forma de pago** Moneda: \$ ☒ Contado ☐ Financiado ☐ Cant. de cuotas \_\_\_\_\_

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.

**Vigencia del seguro** Anual ☐ Mensual ☐



**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 lugar donde se encuentra la documentación, llene a continuación**

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

## 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

**Describa detalladamente giro y actividad de la Empresa y de una breve reseña de los procesos**

**De uso interno** Código de actividad CIU \_\_\_\_\_

## PERSONAL DE LA EMPRESA

**Previo a la indemnización de un Siniestro, el Banco de Seguros del Estado verificará que el 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.**

**Personal registrado en el BPS - Caja Civil - Caja Bancaria - Caja Notarial - Caja Rural (Empresas Forestales).**

**Categoría** \_\_\_\_\_ **Cantidad** \_\_\_\_\_ **Sueldo/s total/es** \_\_\_\_\_

Sírvase indicar de los Dependientes \_\_\_\_\_

## PERSONAL NOMINADO

**1** Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_

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

Jornal diario ☐ monto \_\_\_\_\_

Salario mensual ☐ monto \_\_\_\_\_

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

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

Jornal diario ☐ monto \_\_\_\_\_

Salario mensual ☐ monto \_\_\_\_\_

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

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

Jornal diario ☐ monto \_\_\_\_\_

Salario mensual ☐ monto \_\_\_\_\_

**De tener la Persona Física o 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 o Jornal diario.**

## 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.

Este producto se utiliza exclusivamente para:

- Empresas públicas con aportación a Caja Civil.
- Empresas con aportación a Caja Bancaria.
- Empresas Forestales con aportación Rural.
- Empresa con aportación Caja Notarial.

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.

## 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

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.**

## PERSONAL NOMINADO

### 4 Nombres y Apellidos

Jean Paul Sullcaray

Tipo y N° doc. de identidad

CI 6.140878-6

Jornal diari

☐ monto

Salario mensual ☒ monto

30.000,00

