



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 y Civil.

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 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 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 _____

Envío de Documentación Por e-mail ☐ dirección de e-mail: _____

Domicilio real del Asegurado ☐ Mismo domicilio de entrega de factura ☐

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.

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.
- 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 (Hospital del BSE en la calle José Pedro Varela 3420 entre Br. José Batlle y Ordoñez y Madre Selva). 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.

