



PORTO SEGURO ALQUILER

SOLICITUD DE SEGURO

NOTA: En todos los casos en que este formulario ofrece opciones, marque la elegida por Ud.

USO INTERNO	
Cuenta	
Póliza/Endoso	
Vigencia	
SEGURO NUEVO	ENDOSO

INFORMACIÓN DEL ARRENDADOR

Persona Física:			
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	C.I.:
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	C.I.:
País de Residencia:		Nacionalidad:	
Domicilio Constituido:		Ciudad:	Departamento:
Tel. / Cel.:	E-mail:	Profesión:	

Persona Políticamente Expuesta (PEP): Se entiende por "personas políticamente expuestas" 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 RNSR BCU).
¿El Asegurado y/o Tomador y/o Beneficiario declarado en esta solicitud es una persona políticamente expuesta, o está vinculado con una persona que sí lo sea? **Sí** **No**
En caso afirmativo deberá completar el formulario correspondiente para Personas Políticamente Expuestas (F-PEP-01/2016) y adjuntarla a la presente solicitud. En caso de existir más de una persona con esta condición, por favor complete un formulario por cada una de ellas.

Persona Jurídica:			
Nombre (Razón Social):		Denominación (Nombre Fantasía):	R.U.T.
Domicilio Constituido:		Ciudad:	C.P.
Departamento:	Tel. / Cel.:	E-mail:	Actividad Principal:
Integrantes, Representantes, Administradores:		C.I.	Cargo

INFORMACIÓN DEL/DE LOS INQUILINO/S

Persona Física:			
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	C.I.:
País de Residencia:		Nacionalidad:	
Co - Titular:			
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	C.I.:
País de Residencia:		Nacionalidad:	
Co - Titular:			
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	C.I.:
País de Residencia:		Nacionalidad:	

Persona Políticamente Expuesta (PEP): Se entiende por "personas políticamente expuestas" 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 RNSR BCU).
¿El Asegurado y/o Tomador y/o Beneficiario declarado en esta solicitud es una persona políticamente expuesta, o está vinculado con una persona que sí lo sea? **Sí** **No**
En caso afirmativo deberá completar el formulario correspondiente para Personas Políticamente Expuestas (F-PEP-01/2016) y adjuntarla a la presente solicitud. En caso de existir más de una persona con esta condición, por favor complete un formulario por cada una de ellas.

Persona Jurídica:	
Nombre:	R.U.T.

INFORMACIÓN DEL INMUEBLE A ALQUILAR

Tipo de locación:	<input type="checkbox"/> LOCAL COMERCIAL <input type="checkbox"/> RESIDENCIAL	Año de Construcción del inmueble:	
Domicilio constituido por el inquilino a efectos de la Póliza de Seguro:		Entre calles:	
Barrio:	Ciudad:	Departamento:	C.P.
Tel. / Cel. del Arrendatario:	E-mail del Arrendatario:		

INFORMACIÓN DE COBERTURAS Y VALORES A ASEGURAR

Monto Alquiler:	Moneda:
-----------------	---------



PORTO SEGURO ALQUILER

SOLICITUD DE SEGURO

**PORTO
SEGURO**

NOTA: En todos los casos en que este formulario ofrece opciones, marque la elegida por Ud.

SI DESEA FINANCIAR LA PÓLIZA EN CUOTAS, DEBERÁ COMPLETAR LOS SIGUIENTES CAMPOS OBLIGATORIOS:

FORMAS DE PAGO

CONTADO Sí No

CUOTAS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

MEDIOS DE PAGO

**DÉBITO TARJETA
DE CRÉDITO:**
(OCA, VISA Y MASTER)

Emisor:

Nº:

Vencimiento:

C.I. (titular de tarjeta):

IMPORTE A DEBITAR

Moneda: PESOS DÓLARES

Valor de la cuota: _____

Solicito a PORTO SEGURO SEGUROS DEL URUGUAY S.A. que los valores referentes a la Póliza a contratar y sus renovaciones, sean cobrados a través del medio de pago anteriormente detallado en mi tarjeta/cuenta de la cual soy titular, por lo cual autorizo a debitar de mi tarjeta/cuenta los importes correspondientes. Dicha modalidad de pago, continuará vigente hasta tanto comunique en forma expresa y por escrito mi voluntad de cancelar con una antelación de 30 días. De no poder efectuarse el débito correspondiente, cualquiera sea su causa, el pago lo realizaré a través de alguno de los canales de cobranza disponibles.

Teléfono (titular Tarj./Cuenta):

Firma de titular Tarjeta / Cuenta:

Aclaración / C.I.:

ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN

RETIRA PÓLIZA DE LA COMPAÑÍA: Sí No

PROPIETARIO

ASEGURADO

CLÁUSULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De conformidad con la Ley N° 18.331, de 11 de agosto de 2008, de Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data (LPDP), los datos suministrados quedarán incorporados en la base de datos de Porto Seguro, la cual será procesada para la siguiente finalidad: cumplir con la prestación de sus servicios, envío de información, novedades, promociones, invitaciones, beneficios y encuestas vinculadas a la actividad de la Compañía. Los datos personales serán tratados con el grado de protección adecuado, tomándose las medidas de seguridad necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado por parte de terceros. El responsable de la Base de datos es Porto Seguro y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, actualización, inclusión o supresión, es Bulevar Artigas N° 2025.

ARRENDADOR: Acepto No Acepto

ARRENDATARIO: Acepto No Acepto

DECLARACIÓN DEL ARRENDADOR

Declaro que las informaciones fueron prestadas con exactitud, buena fe, veracidad y asumo total responsabilidad por las mismas.

Tomé conocimiento previo del contenido de las Condiciones Generales de la Póliza y se me informó que las mismas se encuentran a mi disposición en Porto Seguro y en la página web www.portoseguro.com.uy.

Se me notifica y acepto expresamente que la Compañía dispone de un plazo de 3 días hábiles a partir de la fecha de recepción de esta solicitud para comunicar la aceptación o el rechazo de este seguro.

En caso de indemnización autorizo que el valor de la misma sea acreditado en mi cuenta bancaria, cuyos datos indicaré oportunamente.

VIGENCIA: La vigencia del seguro comienza desde el día que la presente Solicitud es aceptada por la Compañía.

OBSERVACIONES: Porto Seguro se reserva el derecho a aceptar o rechazar la presente solicitud, atendiendo a razones técnicas de uso interno. En caso de aceptación, la vigencia del seguro comenzará en la fecha establecida en las Condiciones Particulares.

Autorizo al administrador identificado más arriba a actuar en mi nombre en lo que refiere a mis obligaciones como asegurado previstas en las Condiciones Generales

DECLARACIÓN DEL TOMADOR DEL SEGURO (ARRENDATARIO)

Me obligo a pagar la suma líquida y exigible que resulte del valor del premio establecido por la Aseguradora para la primera vigencia de la póliza fijado en las Condiciones Particulares, como así también para las renovaciones automáticas, mientras el seguro garantice el pago de mis obligaciones asumidas contractualmente.

Lugar y Fecha:

Firma del Inquilino - (Titular):

Firma del Inquilino - (Co-Titular):

Firma del Inquilino - (Co-Titular):

Firma del Arrendador - C.I.:

Firma del Administrador - C.I.:

Firma del Corredor Asesor - Matrícula:

OBSERVACIONES:

.....
.....
.....