

# ALQUILER • Solicitud de Seguro

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

## INFORMACIÓN DEL ARRENDADOR

<b>Persona Física:</b>			
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	C.I.:
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	C.I.:
País de Residencia:		Nacionalidad:	
Domicilio constituido:		Ciudad:	Departamento:
<b>Persona Jurídica:</b>			
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

## 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](http://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.**

## INFORMACIÓN DEL INMUEBLE A ALQUILAR

Tipo de locación:    RESIDENCIAL <input type="checkbox"/> LOCAL COMERCIAL <input type="checkbox"/> Actividad: _____			
Dirección del inmueble a alquilar:		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:
-----------------	---------

## 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.