

# SOA • Solicitud de Seguro Obligatorio exclusivo Motos Interior

Solicito la emisión de seguro para el vehículo indicado en este formulario, en base a toda la información contenida en el mismo.

El seguro comenzará su vigencia el día que se haga efectivo el pago del premio de la póliza en cualquiera de los locales habilitados.

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/LOS ASEGURADO/S Y/O TOMADOR DEL SEGURO			
Asegurado / Tomador - Nombre completo:		C.I./R.U.T.:	Fecha de Nacimiento:
Se constituye indistintamente domicilio a los efectos de este contrato en:		Domicilio electrónico (e-mail):	
Domicilio:		Localidad:	Departamento:
			C.P.:
Cuando se trate de balneario, por favor indicar: Manzana ..... Solar ..... Si se trata de zona rural por favor indicar: Km..... Ruta..... Padrón .....			
País de Residencia:		Nacionalidad:	
<p><b>Persona Políticamente Expuesta (PEP):</b> 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).</p> <p>¿El Asegurado y/o Tomador y/o Beneficiario declarado en esta solicitud es una persona políticamente expuesta, o está vinculado con una persona que si lo sea? <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/></p> <p>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.</p>			

DELIMITACIÓN DEL RIESGO		
Información de la motocicleta		
Marca:	Matrícula:	Chasis:

ZONA DE CIRCULACIÓN O PERMANENCIA: UBICACIÓN TARIFARIA DEL RIESGO
<p><b>Importante:</b> esta cobertura está condicionada a que la zona de circulación y/o permanencia del vehículo esté situada en el interior del país y no en el Departamento de Montevideo, ya que la tarifa varía en este último caso. Si el vehículo circula y/o permanece en Montevideo, esta circunstancia determinará la exclusión de cobertura del siniestro y/o la acción de repetición contra el asegurado (artículo 16 de la Ley N° 18.412).</p>

DESTINO DE LA MOTOCICLETA
<input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Particular y Trabajo

INFORMACIÓN PARA ENDOSOS				
Cambio <input type="checkbox"/>	Vehículo:	Cambio de Vehículo <input type="checkbox"/>	Cambio de Cobertura <input type="checkbox"/>	Otros (especificar):
Cancelación <input type="checkbox"/>	Motivo de la cancelación: .....			

AL FIRMAR ESTA SOLICITUD DECLARO QUE:
1. Toda la información contenida en esta solicitud es VERDADERA y COMPLETA.
2. Me obligo a comunicar por escrito toda modificación que se produzca en la información suministrada, y especialmente aquellas variaciones que afecten el riesgo contratado, tales como cambios en la zona de circulación, en el destino de la motocicleta asegurada, alteraciones sustanciales en su estructura y/o componentes internos de la misma, so pena de exclusión de cobertura del siniestro y/o ejercicio de la acción de repetición prevista en el artículo 16 de la Ley 18.412.
3. Tomé conocimiento y acepto el contenido de las Condiciones Generales de la póliza del SOA y de las del seguro de Automotores. Las Condiciones Particulares a emitirse contendrán los datos declarados en esta solicitud, y en caso de ser aceptada esta última, integrarán junto a las citadas Condiciones Generales, la póliza de seguro del vehículo.
4. Me responsabilizo en relación a la existencia del vehículo que propongo asegurar y a las condiciones declaradas.
5. Tomé conocimiento de los límites previstos para la cobertura de Responsabilidad Civil.

Esta solicitud mantiene validez por 30 días desde la fecha de su ingreso a Porto Seguro. De no realizarse el pago del premio dentro de ese plazo y se deseara contratar la póliza, deberá formularse nueva solicitud.

- Atención: el seguro a emitirse en relación a esta solicitud, tendrá vigencia de un año y se renovará automáticamente al finalizar dicho período.

OBSERVACIONES: .....

Firma del Asegurado:	Fecha:
Aclaración de firma:	C.I.:

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.
ACEPTO <input type="checkbox"/> NO ACEPTO <input type="checkbox"/> FIRMA: .....

Firma del Corredor Asesor:	Matrícula:
----------------------------	------------