

Póliza N°	Renueva/Reemplaza	Endoso	Vigencia Desde	Hasta
-----------	-------------------	--------	----------------	-------

Contrata en carácter de:	<input type="checkbox"/> Propietario	<input type="checkbox"/> Por cuenta de otro	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------------------	---	--------------------------

DATOS DEL ASEGURADO (Adjuntar copia de C.I.)

Apellidos, Nombres y/o Razón Social

Domicilio Fiscal	Piso	Apto.
------------------	------	-------

C.P.	Localidad	Dpto.	Tel./Fax
------	-----------	-------	----------

C.I.	RUT	Dir. de Cobro
------	-----	---------------

Condiciones de I.V.A.:	Inscripto <input type="checkbox"/>	Exento <input type="checkbox"/>	Cons. Final <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------

DATOS DE COBERTURA

Construido de	Año	Lugar	Bandera
---------------	-----	-------	---------

Localidad	Dpto.	Actividad
-----------	-------	-----------

Eslora	Mango	Puntual	Tonelaje Bruto	Tonelaje Neto	De porte
--------	-------	---------	----------------	---------------	----------

Motor (marca número y potencia)

Navegará en	Límites de navegación
-------------	-----------------------

Avaluado en	Sufrió algún accidente de navegación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
-------------	--

Suma Asegurada	Franquicia a cargo del Asegurado
----------------	----------------------------------

CONDICIONES

OBJETO DEL SEGURO	SUMA PROPUESTA	TASA %.	PRIMA \$ / U\$S
Nombre de la embarcación:			
Casco y máquina de:			
Artes de pesca: Matricula:			
Equipos a bordo:			
Riesgo de Guerra y Huelga			
TOTAL			

TRANSFERENCIA Apellido y Nombres y/o Razón Social

Domicilio

<i>OBSERVACIONES</i>

La presente solicitud la formulo en un todo de acuerdo a las condiciones generales, que acepto en todas sus partes, no pudiendo invocar en ningún caso otras declaraciones, condiciones o promesas hechas a/o por intermediarios, y certifico que las informaciones dadas son fiel expresión de los hechos por mi conocidos.

Costo Total Anual: _____	Tipo de moneda <input type="checkbox"/> Pesos Uruguayos <input type="checkbox"/> Dólares Americanos	N° de cuotas
---------------------------------	--	--------------

Forma de Pago: <input type="checkbox"/> Locales de Cobranza <input type="checkbox"/> Débito Bancario <input type="checkbox"/> Cobrador a domicilio <input type="checkbox"/> Otros _____
--

Agrupación	Cód.	Organizador	Cód.
------------	------	-------------	------

Productor	Cód.
-----------	------

CLAUSULA DE RESOLUCIÓN POR NO PAGO

Queda convenido que el Asegurado deberá pagar el premio correspondiente a la presente póliza del modo convenido en la solicitud, y especificado en la factura de la Compañía. El incumplimiento del pago en la forma pactada, exime a la Compañía de toda responsabilidad en caso de siniestro.

El pago fuera del término convenido de todo o parte del premio adeudado, no hace renacer derecho al asegurado por los siniestros que hubieran ocurrido durante el período en que estuvo la mora.

DECLARACIÓN

Yo declaro de acuerdo a mi leal saber y entender, que las afirmaciones hechas por mi y en mi nombre son verdaderas y completas, y que no he retenido ninguna información esencial con respecto a esta solicitud. Si esta solicitud no ha sido completada personalmente, declaro que he leído la misma ya completada y que acepto toda responsabilidad por la información brindada. Asumo que el bien será mantenido en buen estado de conservación. Estoy de acuerdo en que esta solicitud y declaración deben ser incorporadas en el contrato entre mi persona y Berkley International Seguros S.A. (Uruguay), y estoy de acuerdo en estar obligado por los términos de esta póliza.

Lugar y Fecha	Firma del asegurado
---------------	---------------------