

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

Solicitud No. 000000

DATALLES DEL ASEGURADO			
Propuesto Asegurado	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Cédula / Pasaporte:	S.S.:
Nombre:	Fecha Nacimiento: D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>		Edad:
Residencia:			
Nacionalidad:	Estado Civil:	Teléfono:	Celular:
Lugar de Trabajo:			Tel.:
Dirección:		País de tributación:	
Ocupación Actual:	Salario Mensual:	Otra Ocupación:	Ingresos:
Dirección Postal:	Fax:	e-mail:	

Favor completar en caso de ser diferente al Propuesto Asegurado:

CONTRATANTE		PAGADOR	
Nombre Completo o Razón Social:		Nombre Completo o Razón Social:	
Cédula / RUC:	Relación con el Asegurado:	Cédula / RUC:	Relación con el Asegurado:

ESTILO DE VIDA			
1.	¿Ha fumado alguna vez?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Actualmente: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	¿Desde cuándo fuma?		¿Cuándo dejo de fumar?
2.	¿Consume bebidas alcohólicas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué clase?
			¿Con qué frecuencia?
3.	¿Ha consumido alguna vez marihuana, cocaína o cualquier otro tipo de droga ilícita, estimulantes o estupefacientes?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso de no consumir actualmente, dar detalles de fecha y hábitos:
4.	¿Viaja en aviones privados no comerciales?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Posee entrenamiento de piloto aviador? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5.	¿Participa en carreras de automóvil, motos, motos acuáticas, buceo, paracaidismo, alpinismo o cualquier otro deporte extremo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
6.	¿Se le ha rechazado, diferido, modificado o recargado alguna vez algún seguro de vida, contra accidentes, enfermedades o la rehabilitación de alguna póliza? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
7.	¿Está pendiente alguna solicitud o rehabilitación de seguro de vida, accidentes o enfermedades en alguna otra compañía?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo dar detalles:

Indicar la cantidad de seguros vigentes que posee:

TOTAL DE SEGUROS DE VIDA O ACCIDENTES EN VIGOR				
Compañía	No. de Póliza	Suma Asegurada	Beneficios	Fecha de Emisión

BENEFICIARIOS				
BENEFICIARIOS PRINCIPALES				
Nombre Completo	Cédula	Parentesco	Edad	%
BENEFICIARIOS CONTINGENTES				

Cesión Bancaria: Banco _____ Monto: _____

ENTREGA DE BENEFICIOS EN CASO DE MENORES DE EDAD.

Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad designado como beneficiario en esta solicitud será pagado a _____ con cédula de identidad personal No. _____, y en su defecto a _____ con cédula de identidad personal No. _____, a quien o quienes he instruido sobre la forma en que deberá (n) disponer de los dineros que reciba(n) de la Compañía.

REFERENCIAS		
Personales	Bancarias	Comerciales

Nombre del Corredor / Broker

No. de Licencia

Solicitud No. 000000

PARA EL CORREDOR VENDEDOR: Sirvase contestar las siguientes preguntas, ya sea que se necesite o no examen medico.		
1.	¿Conoce Ud. bien al Solicitante? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Desde hace cuánto tiempo conoce al Solicitante?
2.	¿Qué ingresos deriva de su ocupación actual?	Detalle de la ocupación:
3.	¿Qué ingreso deriva de otras fuentes?	Detalle de las otras fuentes:
4.	Dirección residencial anterior: (si hubiera cambiado en los últimos dos años)	
5.	¿Qué necesidad cubre el seguro solicitado?	
6.	¿Tiene usted conocimiento de algún detalle que podría afectar el riesgo, el cual no ha sido mencionado en esta solicitud?	
7.	Por este medio certifico que todas las preguntas han sido contestadas completamente, según mi leal saber y entender, e incondicionalmente recomiendo al Solicitante para que se le emita al seguro.	

Nombre del Corredor / Broker

No. de Licencia

Firma del Corredor (legible)

NOTAS Y OBSERVACIONES VARIAS

RECIBO CONDICIONAL

Solicitud No. 000000

Recibí de _____ la suma de _____, para aplicarse a la PRIMERA PRIMA del seguro de vida que ha solicitado a ACERTA Compañía de Seguros, S.A. (ACERTA) según formulario del mismo número y fecha de este recibo. La cantidad antes detallada corresponde a la que el solicitante declara haber pagado en la solicitud. Este recibo está sujeto a términos y condiciones impresas debajo del mismo.

Firmado en _____ el día _____ del _____ de 20_____.

Nombre del Agente _____ Firma del Agente _____ No.Lic. _____

(SI SU PAGO ES CON CHEQUE, FAVOR HACERLO A NOMBRE DE ACERTA SEGUROS)

TERMINOS Y CONDICIONES MENCIONADAS EN ESTE RECIBO CONDICIONAL:

- El seguro que desea contratarse u obtenerse por parte del Solicitante surtirá efecto de manera condicionada y en la forma que más adelante se establece desde la fecha de la solicitud respectiva o examen médico realizado con previa autorización de ACERTA Seguros; siempre y cuando esta solicitud de seguro de vida cumpla los siguientes criterios:
 - Esté completa de conformidad con los reglamentos de suscripción y haya sido entregada a ACERTA Seguros.
 - Se hayan recibido los resultados de los exámenes regulares o adicionales requeridos, y que los resultados sean normales, no agravados y asegurables según las políticas de suscripción de ACERTA Seguros.
 - ACERTA Seguros acepte los riesgos a ser asegurados.
 - Que la PRIMERA INICIAL haya sido pagada a ACERTA Compañía de Seguros para el plan y monto de Suma Asegurada solicitados.
- En el caso Seguro de Vida, si la Suma Asegurada excede el monto de B/.25,000.00, el exceso sobre dicha cantidad no entrará en vigor, sino hasta que ACERTA Compañía de Seguros emita dicha póliza según sus procesos de aceptación de riesgo y suscripción.
- ACERTA Compañía de Seguros dispondrá de 30 días a partir de la fecha de presentación de esta solicitud para estudiarla y decidir la acción que será tomada al respecto. Si dentro del plazo de 30 días antes descrito el Solicitante no recibe aviso de la aprobación o de rechazo de su solicitud, entonces deberá entender que la misma no ha sido aceptada por ACERTA Compañía de Seguros.
- Si ACERTA Compañía de Seguros rehúsa aceptar la solicitud de cobertura y por ende, emitir la póliza de acuerdo con el plan, la cantidad y prima solicitada, no representará ningún compromiso u obligación en virtud de la solicitud, ni del presente recibo. En tal caso, ACERTA Compañía de Seguros devolverá al Solicitante la suma pagada como PRIMERA INICIAL contra entrega de este recibo.
- Si el Solicitante declina el trámite de la solicitud se le devolverá la PRIMERA PRIMA pagada, deduciendo de esta los costos de exámenes médicos y laboratorios realizados para la evaluación de su riesgo.
- Para que este Recibo Condicional sea válido, será necesario que concuerde la descripción del pago a la que hace referencia el mismo con la declarada en la solicitud que le corresponde, el nombre del solicitante y número de identificación o en su defecto los datos del contratante o pagador, indicado en el presente recibo sea correspondiente a su propia solicitud.
- Si el Solicitante fallece por causa de suicidio, en estado de cordura o demencia, ya sean estas totales o permanentes, mientras este Recibo Condicional esté en vigor, la responsabilidad de ACERTA Compañía de Seguros se limita a devolver las primas percibidas en base a la solicitud o la póliza emitida, menos cualquier monto pendiente de pago contra las mismas.