

DATOS DEL ASEGURADO		
Nombre completo:	Sexo: M _____ F _____	
Cédula/Pasaporte:	Fecha de nacimiento: _____ (dd) / _____ (mm) / _____ (aaaa)	Edad:
Estado Civil:	Dirección Residencial:	
Nacionalidad:	Teléfono:	Celular:
Lugar de Trabajo:	Dirección del lugar de trabajo:	País de tributación:
Ocupación actual	Salario mensual:	Otra ocupación:
Otros ingresos:	E-mail:	

Favor completar en caso de ser diferente al propuesto asegurado (Adjuntar formulario Conoce Tu Cliente):

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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Desde cuándo fuma?:	Cantidad diaria:
	¿Actualmente fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuándo dejó de fumar?:	Motivo:
2.	¿Consume bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Qué clase?:	¿Con qué frecuencia?:
3.	¿Ha consumido alguna vez marihuana, cocaína o cualquier otro tipo de droga ilícita, estimulante o estupefacientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso de no consumir, dar detalles de fecha y hábitos:	
4.	¿Viaja en aviones privados no comerciales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Posee entrenamiento de piloto aviador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5.	¿Participa en carreras de automóvil, motos, motos acuáticas, buceo, paracaidismo, alpinismo o cualquier otro deporte extremo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
6.	¿Se le ha rechazado, diferido, modificado o recargado alguna vez algún seguro de vida, contra accidentes, enfermedades o la rehabilitación de alguna póliza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	¿Esta pendiente alguna solicitud o rehabilitación de seguro de vida, accidentes o enfermedades en alguna otra compañía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	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 PRINCIPALES				
Nombre Completo	Cédula	Parentesco	Edad	%

BENEFICIARIOS CONTINGENTES				

Cesión bancaria: Banco: _____ Monto: _____

Entrega de beneficios en casos 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 instruídos
 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

DATOS DEL SEGURO DE VIDA

Plan de Seguros:	Prima según forma de pago:	Suma Asegurada:	Plazo de Cobertura:
------------------	----------------------------	-----------------	---------------------

 Medio de pago: Tarjeta de Crédito Visa o MasterCard ACH (Favor adjuntar el formulario de descuento correspondiente)

HISTORIA FAMILIAR CERCANA

 Madre, padre, hermanos, hijos, tíos, abuelos: ¿Padecen o han padecido de cáncer, infarto del miocardio, enfermedad vascular cerebral, diabetes, enfermedad renal, hipertensión, enfermedades mentales o psiquiátricas, suicidio o cualesquiera otras enfermedades hereditarias no mencionadas? Sí No
Favor dar detalle:
DATOS

Estatura: mts	Peso: lbs	Médico de cabecera:	Dirección:
Fecha:	Motivo:	Resultado:	

DECLARACIÓN DE SALUD

Por favor conteste a su mejor saber y entender si padece o ha padecido:	Sí	No
1. ¿Tiene usted algún trastorno de la vista u oído?		
2. ¿Presión arterial elevada, soplos, fiebre reumática, angina, ataque del corazón, palpitaciones o cualquier trastorno cardíaco, enfermedad de las arterias coronarias, enfermedades vasculares?		
3. ¿Cáncer, leucemia, tumor, melanoma?		
4. ¿Tuberculosis, esputos sanguíneos, asma, neumonía, bronquitis crónica, enfisema, apnea del sueño escleriosis múltiple		
5. ¿Trastorno cerebrovascular, parálisis, epilepsia, convulsiones, desmayos, mareos, isquemia cerebral o cualquier trastorno neurológico?		
6. ¿Depresión, ansiedad o cualquier trastorno mental o psiquiátrico?		
7. ¿Reumatismo, artritis, lupus eritematoso, gota, neuritis, dolor de espalda, trastornos en columna vertebral, huesos, músculos, o cualquier trastorno reumatológico?		
8. ¿Diabetes o azúcar en la orina, bocio, problemas de tiroides, glicemia elevada, alteración del colesterol o triglicéridos, trastornos endocrinos?		
9. ¿Diarreas de larga duración, trastorno intestinal, o trastornos intestinal, o trastornos del sistema digestivo, úlceras, hernia, trastornos de vesícula o hígado, hepatitis (detallar que tipo), colitis, divertículos, pólipos o cualquier otra molestia intestinal?		
10. ¿Nefritis o albumina en orina o sangre, cualquier trastorno de los riñones, vejiga, o vías urinarias, testículos, próstata o conductos genitourinarios, enfermedades de transmisión sexual?		
11. ¿Se ha hecho electrocardiogramas, exámenes de rayos X, CAT, resonancia magnética?		
12. ¿Padece usted de alguna alteración física, deformidad o alguna otra enfermedad?		
13. ¿Padece usted de anemia, anemia falciforme, hemofilia, trombosis venosa o cualquier trastorno hematológico? ¿Ha recibido transfusiones de sangre? - Indicar fecha y motivo		
14. ¿Se ha realizado exámenes físicos o chequeos periódicos, o le han aconsejado tratamiento médico o quirúrgico, alguna prueba de diagnóstico que no se haya realizado, o ha estado recluido en algún hospital fuera de lo declarado aquí?		
15. ¿Está tomando actualmente alguna medicina o se le ha aconsejado tomar alguna con regularidad?		
16. ¿Se ha efectuado alguna prueba por enfermedad infecciosa o transmisión sexual? ¿Dónde? _____ Fecha: _____ Resultados: _____		
PARA MUJERES		
17. ¿Está usted embarazada? (En caso de respuesta afirmativa favor adjuntar tarjeta de control)		
18. Según su leal saber y entender ¿Ha tenido alguna vez quiste, tumor o enfermedad de los pechos, trompas, ovarios o útero?		
19. ¿Ha tenido algún embarazo anormal, aborto o parto prematuro?		
20. ¿Se le ha diagnosticado alguna alteración ginecológica?		

En caso de haber contesta afirmativamente, favor detallar abajo.

Pregunta No.	Fecha Exacta	Detalles o Razones	Resultados	Nombre Completo del Médico Tratante	Hospital o Entidad Médica

Hago constar que todas las declaraciones y respuestas en este formulario son completas y veraces, que no he ocultado ni omitido ningún detalle, que la Compañía podrá considerar la solicitud de seguro y dar curso a la presente y ésta estará basada en estas declaraciones, y cualquier falsedad o declaración inexacta hecha en esta solicitud, invalidará de forma total esta cobertura de seguro. Igualmente autorizo a cualquier médico, hospital o clínica u otra entidad para que suministre a ACERTA Compañía de Seguros, S. A., cualquier información médica o financiera sobre mi persona en cualquier momento entendiéndose también, que la autorización persiste para investigación de información tras mi fallecimiento. Por lo tanto, relevo expresamente del secreto profesional y legal a cualquier médico que me hubiese reconocido o asistido medicamente y le autorizo a revelar a la Compañía todos los datos y antecedentes patológicos que pudiera tener o de los que hubiera adquirido conocimiento al prestar sus servicios. De llegar a encontrarse alguna condición que cambie el nivel de riesgo del cliente se solicitará información adicional para la correspondiente evaluación y aplicación de políticas. En todos los casos la Compañía se reserva el derecho de aceptar, recargar o declinar esta y cualquier otra solicitud de seguros. El firmante del presente documento reconoce que Acerta Compañía de Seguros, S.A., filiales, reaseguradoras, socios estratégicos o de negocio y Grupo Económico, cuando sea necesario y requerido, podrán acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar los datos personales para las finalidades y alcances específicos relacionados con la gestión de sus productos, negociación, servicios y/o contratación de las Pólizas de Seguros o Fianzas, para el uso en el desarrollo de su actividad comercial y servicios financieros, así como se compromete, a mantener la confidencialidad de la información, en concordancia con la Ley No. 12 del 3 de abril de 2012 y la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 del 26 de marzo de 2019. Para ampliar información sobre nuestra política de protección de datos podrá referirse a nuestra página web www.acertaseguros.com.

Firmado en _____ el _____ de _____ de 20_____.

Firma del solicitante

Cédula

Firma del Contratante

Cédula / RUC

Para el corredor vendedor: Sírvase contestar las siguientes preguntas, ya sea que se necesite o no examen médico.

1. ¿Conoce Ud. bien al solicitante?	¿Desde hace cuánto tiempo conoce al solicitante?
2. ¿Qué ingresos deriva de su ocupación actual?	Detalle 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 el seguro.	

Nombre del Corredor / Broker

No. de Licencia

Firma del Corredor (legible)

NOTAS Y OBSERVACIONES VARIAS

RECIBO CONDICIONAL

Solicitud No. 1234

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 PRIMA 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 PRIMA 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.