

PROPUESTO ASEGURADO - DETALLES				
Nombre:				
Dirección Residencial:				
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil:	Ocupación Actual:	Salario Mensual:	
Cédula / Pasaporte:		Otra Ocupación:	Ingresos:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Celular:		
Nacionalidad:		Lugar de Trabajo:		
Dirección de Trabajo:				
e-mail:		Teléfono:		

Favor completar en caso de ser diferente al Propuesto Asegurado:

Contratante: Nombre Completo o Razón Social:	
Cédula o RUC:	Relación con el Asegurado:
Pagador: Nombre Completo o Razón Social:	
Cédula o RUC:	Relación con el Asegurado:

ESTILO DE VIDA

1. ¿Consume bebidas alcohólicas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué clase?	¿Con qué frecuencia?
2. ¿Participa en carreras de automóvil, motos, moto acuática, buceo, paracaidismo, alpinismo o cualquier otro deporte extremo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3. ¿Se le ha rechazado, diferido, modificado o recargado alguna vez algún seguro de vida, contra accidentes, enfermedades o la rehabilitación de alguna póliza	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo dar detalles:		

COBERTURAS

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
Muerte Accidental	
Desmembramiento según tabla	
Incapacidad Total y Permanente	
Gastos Médicos	
Total de Prima	
I.T.B.M.	
PRIMA TOTAL:	
Forma de Pago: <input type="checkbox"/> Contado <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> ACH	Vigencia Inicial: Vigencia Final:

BENEFICIARIOS
BENEFICIARIOS PRINCIPALES

NOMBRE	CÉDULA	PARENTESCO	EDAD	%

BENEFICIARIOS CONTINGENTES

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.

OTROS DATOS DEL ASEGURADO			
OTROS DATOS	SÍ / NO		DETALLE
1. ¿Tiene algún otro seguro de accidentes personales o de vida?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
2. ¿Padece o ha padecido enfermedades crónicas o graves? Padece o ha padecido de epilepsia, vértigo, enfermedades mentales o del sistema nervioso, enfermedades de los ojos u oídos u otras aquí no especificadas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
3. ¿Tiene alguna mutación, deformidad o defecto físico?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
4. ¿Ha hecho o ha contemplado hacer vuelos como piloto privado, aficionado, estudiante o miembro de tripulación de algún aparato aéreo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
5. ¿Viaja con frecuencia como pasajero en avión privado o comercial?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
6. ¿Actualmente se encuentra en buen estado de salud?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
7. ¿Conduce automóvil? Marca, tipo, año.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

Hago constar que todas las declaraciones y respuestas en este formulario son completas y veraces, que no he ocultado ni omitido ningún detalle(s) relacionado(s) con mi salud, que la Compañía podrá considerar la solicitud de seguro y dar curso a la presente y que si acepta incluir al solicitante en la póliza colectiva, ésta estará basada en estas declaraciones, y cualquier falsedad o declaración inexacta hecha en esta solicitud, o en las declaradas al médico examinador, 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.

En todos los casos la Compañía se reserva el derecho de aceptar, recargar o declinar una solicitud de seguro.

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

Firma del Solicitante
(Adjuntar copia de cédula o pasaporte)

Fecha (dd/mm/aaaa)

Información del corredor de seguros: Certifico que la información contenida en esta solicitud ha sido contestada según mi leal saber y entender, por lo que no se está proporcionando información falsa, alterada o incompleta.

Nombre del Corredor de Seguros / Broker

No. De Licencia