

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa) Fecha de recibido: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

<b>Tipo de solicitud:</b>		
<b>Incendio</b> <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 200px;"><b>Multiriesgo</b> <input type="checkbox"/></span>		
<b>DATOS GENERALES DEL ASEGURADO/ CONTRATANTE DE LA PÓLIZA</b>		
Nombres/Razón social:	Apellidos/Razón comercial:	Cédula/Pasaporte o R.U.C.:
D.V.	Fecha de nacimiento o constitución ____/____/____ dd/mm/aaaa	País de Nacimiento/País de Constitución:
Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>	Nacionalidad (es):
Persona contacto (para jurídico):		
Tipo de persona jurídica: Soc. Anónima <input type="checkbox"/> Soc. Responsabilidad Limitada <input type="checkbox"/> Soc. Civil <input type="checkbox"/> PH/Condominio <input type="checkbox"/> ONG Fundación <input type="checkbox"/> Interés Privado <input type="checkbox"/> Fundación Interés Público <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Empresa extranjera <input type="checkbox"/> Consulado <input type="checkbox"/> Embajada <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> : _____		
Lugar o lugares donde el asegurado/contratante tributa por sus ingresos:		
<b>DIRECCIÓN RESIDENCIAL (PN) / DIRECCIÓN COMERCIAL PRINCIPAL (PJ)</b>		
País:	Provincia:	Distrito:
Corregimiento:	Urbanización:	Calle/Av.:
Edificio:	Piso:	Apto./Casa:
Teléfono residencial/comercial:	Celular:	Correo Electrónico:
<b>DATOS OCUPACIONALES</b>		
Profesión:	Ocupación actual:	Lugar de trabajo:
Dirección de la empresa:	Actividad de la empresa (usar para contratante PJ también):	
Teléfono Oficina:	Fax:	Correo Electrónico de la oficina:
<b>DATOS GENERALES</b>		
Si el asegurado es distinto al contratante contratante deberá completar un formulario con los datos arriba indicados para su registro o actualización de datos.		
Asegurado:	Cédula/Pasaporte/RUC:	Acreedor Hipotecario:
<small>Nota: Indicar en documento aparte si la póliza llevará más de una unidad y los detalles de cada una.</small>		
<b>VIGENCIA:</b>		
Desde: ____/____/____ (dd/mm/aaaa)	Hasta: ____/____/____ (dd/mm/aaaa)	
<b>CARACTERÍSTICAS DEL RIESGO</b>		
<b>REGISTRO DE PROPIEDAD</b>		
Documento:		
Asiento:	Finca:	Folio:
<b>SUMAS ASEGURADAS</b>		
Edificio <input type="checkbox"/> : _____	Contenido <input type="checkbox"/> : _____	Mejoras <input type="checkbox"/> : _____
Mobiliario y Equipo <input type="checkbox"/> : _____	Lucro cesante <input type="checkbox"/> : _____	
Pérdida de renta <input type="checkbox"/> : _____		
<b>TIPO DE CONSTRUCCIÓN</b> (concreto, madera, zinc, otros)		
Paredes <input type="checkbox"/> : _____	Pisos <input type="checkbox"/> : _____	Techo <input type="checkbox"/> : _____
Otro <input type="checkbox"/> : _____		
<b>DESCRIPCIÓN Y MEDIDAS DE SEGURIDAD</b>		
Apartamento <input type="checkbox"/> Chalet <input type="checkbox"/> Dúplex <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> : _____		
¿Cuántos pisos tiene el edificio? _____		
¿Cuenta el edificio con? Piscina <input type="checkbox"/> Elevadores <input type="checkbox"/> Área Social <input type="checkbox"/> Escaleras Eléctricas <input type="checkbox"/> Estacionamientos Subterráneos <input type="checkbox"/>		
Medidas de seguridad contra incendio: Sistema de alarma <input type="checkbox"/> Extintores <input type="checkbox"/> Detector de humo <input type="checkbox"/> Hidrantes <input type="checkbox"/> Rociadores <input type="checkbox"/>		
Medidas de seguridad contra robo: Puertas de hierro <input type="checkbox"/> Verjas de hierro <input type="checkbox"/> Sistema de alarma <input type="checkbox"/> Guardia de seguridad <input type="checkbox"/>		
Sistema de cámaras <input type="checkbox"/>		
<b>UBICACIÓN DEL RIESGO</b>		
País:	Provincia:	Distrito:
Corregimiento:	Urbanización:	Calle/Ave.:
Edificio:	Piso:	Apto./Casa:
Colindantes:		
Siniestralidad últimos tres años:		
¿Cuenta con algún seguro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de ser afirmativa su respuesta favor colocar nombre de la Compañía de Seguros: _____		
Tarifa:	Prima Anual (No incluye impuesto):	

DATOS DE COBRANZA	
Responsable de pago:	Igual al contratante de la póliza <input type="checkbox"/> Igual al asegurado de la póliza <input type="checkbox"/>
El responsable de pago es distinto, favor completar <input type="checkbox"/> : _____	
Nombre Completo:	Cédula/Pasaporte o RUC:
<small>Si el responsable de pago es distinto al cliente contratante o al asegurado deberá completar un formulario con sus datos para creación o actualización.</small>	
FORMA DE PAGO	
A). Descuento por tarjeta de crédito (hasta 10 pagos mensuales) Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No. de Tarjeta _____ - _____ - _____ - _____ Banco: _____ Fecha expiración _____ / _____ (mm/aaaa)	
b) Débito a cuenta de ahorros o cuenta corriente (hasta 10 pagos mensuales) (adjuntar formulario)	<input type="checkbox"/>
c) Remesa (solo corredor autorizado)	<input type="checkbox"/>
d) Directo en caja (hasta 6 pagos mensuales)	<input type="checkbox"/>
Cantidad de pago: Un pago anual <input type="checkbox"/> _____ pagos mensuales <input type="checkbox"/>	Día de pago: _____ Para a) y b) aplica 10, 15 25 o 30 de cada mes.
CUENTA PARA PAGO DE INDEMNIZACIONES U OTROS	
Nombre titular de la cuenta:	No. de la cuenta:
Tipo de cuenta: Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/> Cuenta Corriente <input type="checkbox"/>	Banco:

**FIRMA Y DECLARACION:** Documentos de Identidad Personal (Copia Legible): Para Nacionales: Favor incluya copia de su cédula de identidad personal. Para extranjeros: Favor Incluya copia de su pasaporte o documento equivalente que acredite su estancia legal en el país. (Igual documentos para el Rep. Legal en caso de persona jurídica)

Declaro que todas mis (las) actividades las (se) ejerzo (ejercen) dentro de las normas legales y que los recursos utilizados para el pago de los seguros a adquirir, provienen de los ingresos antes declarados. Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizado sobre todos los aspectos sobre los cuales se han hecho preguntas. En todos los casos la Compañía se reserva el derecho de aceptar, recargar o declinar esta y cualquier otra 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](http://www.acertaseguros.com).

Firma del cliente: \_\_\_\_\_.

Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_.

DATOS DEL CORREDOR	
Nombre o Razón Social:	Licencia:
Nombre de quien firma:	
Firma del corredor o colaborador autorizado:	Fecha: _____ / _____ / _____ (dd/mm/aaaa)