

No. de póliza: _____ Certificado: _____

DATOS GENERALES					
Nombre completo del solicitante:		Cédula:		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Estado civil:		Teléfono:		Celular:	
Dirección residencial:					
Empleador:		Ocupación:		Salario mensual:	
FECHA DE NACIMIENTO			FECHA EN QUE EL EMPLEADO ENTRO EN SERVICIO DE LA EMPRESA		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DATOS DE LOS BENEFICIARIOS					
BENEFICIARIOS PRINCIPALES					
Nombre completo		Cédula		Parentesco	
BENEFICIARIOS CONTINGENTES					
Nombre completo		Cédula		Parentesco	
Si al momento de mi muerte algún beneficiario es menor de edad, el producto de la póliza deberá entregarse a:					
Nombre:		Cédula:		Parentesco:	
DECLARACIÓN DE SALUD (COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS)					
Estatura:	Peso:	¿Ha consultado algún médico en los últimos años?			
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Fecha de la consulta:		Causa:			
Día ____ Mes ____ Año ____					
Detalle de los resultados de exámenes realizados:					
Médicos consultados:					
¿Padece o padeció de cáncer, infarto, derrame, diabetes, hipertensión?				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Sufre actualmente alguna otra enfermedad o lesión permanente no declarada?				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo ¿Cuál?					
¿Fuma usted?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Medicina que toma:	
¿Ha sido hospitalizado?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso afirmativo, explique:	

Hago constar que todas las declaraciones y respuestas en este formulario son completas y veraces, que no he ocultado ni omitido ningún detalle (s) relacionados (s) con mi salud, que la compañía podrá considerar la solicitud de seguro y dar curso a la presente y que si acepta incluir el solicitante en la póliza colectiva, esta 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 y otra entidad para que suministre a ACERTA 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, recarga 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 idéntica a la cédula o pasaporte

Cédula

Fecha