

CONTRATANTE (Llenar solo si se trata de persona distinta al solicitante)								
Nombre:		Cédula:		Fecha de nacimiento:				
Nacionalidad:		Correo electrónico:		Ocupación actual:				
Dirección:				Teléfono:				
Relación con el solicitante:								
DATOS DEL SOLICITANTE								
Nombre completo:				N° de Identificación:				
No. de S.S.:		Estado Civil:		Sexo: F _____ M _____				
Fecha de nacimiento (dd)____/(mm)____/(aaaa)_____		Lugar de nacimiento:		Edad:	Peso:	Estatura:		
Dirección residencial: (Corregimiento, Distrito, Barriada o Calle, No. Casa o Apto)								
Nacionalidad:		País tributario:		Lugar de trabajo:				
No. de teléfono		No. de celular:		Ocupación actual:				
Profesión:		Email:						
DATOS DEL PLAN								
Plan Familiar ☐		Prima mensual:		Fecha del inicio de la vigencia:				
Plan Tercera Edad ☐		Forma de pago:						
Plan Santa Fe Plus ☐		☐ 150,000 anual renovable ☐ 200,000 anual renovable						
DEPENDIENTES								
Nombre	No. de cédula	Parentesco	Fecha de nacimiento Día Mes Año			Edad	Estatura	Peso

¿Es o ha sido una (1) Persona Políticamente Expuesta?, (2) ¿ha tenido algún familiar cercano? (3) ¿o estrecho colaborador de esta? Sí _____ No _____

Cargo actual o anterior: _____ Período: _____

Caso 2 y 3, nombre: _____ Relación: _____

PERFIL FINANCIERO			
Menos de 10 mil ☐	10 mil a 30 mil ☐	30 mil a 50 mil ☐	Más de 50 mil ☐

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 y cédula del propuesto asegurado

Firma y cédula del contratante

CUESTIONARIO DE SALUD						
Todas las preguntas deberán ser contestadas por cada persona a ser cubierta	Solicitante		Cónyugue		Hijos	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
1. ¿Esta usted actualmente en buena salud y libre de todo síntoma de enfermedad alguna?						
2. ¿Ha recibido tratamiento en alguna organización para alcoholismo o adicción a drogas?						
3. ¿Ha fumado en los últimos 12 meses? (Indique el consumo diario).						
4. ¿Participa en algún deporte peligroso?						
5. ¿Tiene algún impedimento físico? Visión, audición, deformidad, etc...						
Alguna vez ha(n) sido diagnosticado(s) o tratado(s) por:						
6. ¿Ha tomado alguna medicina o droga durante los últimos años?						
7. ¿Epilepsia, crisis nerviosa o cualquier desorden del cerebro o sistema nervioso?						
8. ¿Alta presión, mareos, fatiga, dolor o presión en el pecho o cualquier desorden cardiovascular?						
9. ¿Alergias o asma?						
10. ¿Úlceras, colitis, o algún desorden estomacal, intestinos, recto, vesícula, hígado?						
11. ¿Hemorroides o pólipos en el recto o cualquier padecimiento de la próstata?						
12. ¿Padecimiento renal, en el sistema urinario u órganos reproductivos?						
13. ¿Diabetes, gota o cualquier padecimiento de la tiroides o alguna otra glándula?						
14. ¿Cualquier desorden de los ojos, piel, músculos, huesos o coyunturas?						
15. ¿Cáncer, tumor, quiste o alguna de las siguientes enfermedades catastróficas: Distrofia muscular, poliometilitis, esclerosis múltiple?						
16. ¿Se ha efectuado alguna prueba por enfermedad infecciosa o transmisión sexual?						
17. ¿Tratamiento de infertilidad?						
18. ¿Cualquier desorden o lesión en la espina dorsal?						
19. ¿Artritis, reumatismo o hernia?						
20. ¿Ha sido operado o le han sugerido operación quirúrgica?						
21. ¿Padece usted de anemia, anemia falciforme, hemofilia, trombosis venosa o algún trastorno hematológico?						
22. ¿Padece usted de Depresión, ansiedad o cualquier trastorno mental o psiquiátrico?						
Para mujeres solamente:						
23. ¿Está embarazada? (Indique el número de semanas _____)						
24. ¿Ha tenido algún embarazo anormal o parto prematuro?						
25. ¿Se le ha recomendado o esta actualmente bajo tratamiento por problemas ginecológicos?						
En el espacio que sigue favor incluir detalles de las respuestas afirmativas						
No. pregunta	Nombre de la persona	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio de tratamiento	Nombre del médico y/o hospital		

Yo, el abajo firmante declaro que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos y que no he omitido, ni ocultado antecedentes médicos y convengo en que las respuestas anteriores forman parte de la solicitud de seguro, y que, si en base a las mismas se emitiere cobertura, esta será nula y quedará sin efecto si hay omisión, inexactitud, falsedad en las declaraciones anteriores dadas. También acepto que en caso de que hiciere respuestas afirmativas, la Compañía se reserve el derecho a solicitar pruebas adicionales de asegurabilidad de acuerdo con sus normas de selección, así como de emitir o no, la cobertura correspondiente que estará sujeto a aceptación expresa de la compañía. Bajo la gravedad del juramento, yo el abajo firmante, autorizo por este medio, aún en caso de mi muerte, a la Caja de Seguro Social o cualquier clínica, hospital, médico, paramédico, laboratorio o cualesquiera otras personas para que proporcionen a Hospital Santa Fe y Acerta Compañía de Seguros S.A, información sobre mi salud, antecedentes, incluyendo copia de las historias clínicas sobre mi salud. Esta autorización está de acuerdo con la ley No.68 del 20 de noviembre de 2003, promulgada en gaceta oficial No. 24.935.

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 y cédula del propuesto asegurado
Fecha:

Firma y cédula del contratante
Fecha:

AUTORIZACIÓN PARA DÉBITOS DE TARJETAS DE CRÉDITO

Yo, _____ con cédula de identidad personal número _____ por este medio autorizo a ACERTA SEGUROS S.A. para que cargue a mi tarjeta de crédito: ☐ VISA ☐ MASTERCARD ☐ AMEX con el número: _____ - _____ - _____ del banco: _____ con fecha de expiración ____/____ la suma de B/. _____ (_____ con _____/100) de forma:

Mensual ☐ Bimensual ☐ Trimestral ☐ Cuatrimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐ Cargo único ☐

Para el pago de primas de la póliza		
Número de la póliza	Monto mensual	Fecha de pago
		5 ☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 ☐ 25 ☐ 30 ☐
		5 ☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 ☐ 25 ☐ 30 ☐
		5 ☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 ☐ 25 ☐ 30 ☐
		5 ☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 ☐ 25 ☐ 30 ☐
		5 ☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 ☐ 25 ☐ 30 ☐

Esta autorización sólo quedará sin efecto mediante notificación escrita que, en este sentido yo les haga. En consideración de este servicio convengo, además que en caso que los cargos a mi tarjeta no fuesen efectuados, ya sea intencional o inadvertidamente, el banco no tendrá responsabilidad alguna, aunque dicha omisión ocasione la pérdida del seguro. El cargo periódico a la tarjeta estará sujeto a cambios, dependiendo de las variaciones que ocurran en el monto de las primas, quedando expresamente convenido que será suficiente que la Compañía comunique al Banco por escrito el nuevo valor de la prima que debe cargarse a mi cuenta. La vigencia de esta autorización continuará al renovarse la tarjeta de crédito o que el Banco me cambie los números de mi tarjeta de crédito, por lo que adicionalmente me comprometo a notificar a ACERTA SEGUROS S.A. la nueva fecha de expiración de mi tarjeta cada vez que sea renovada o sean cambiados los números a disposición del Banco Emisor.

Nombre del dueño de la tarjeta

Firma

Fecha

PARA EL CORREDOR DE SEGUROS

¿Conoce usted bien al solicitante?	¿Desde hace cuánto tiempo conoce al solicitante?
Dirección Residencial anterior: (Si hubiera cambiado en los últimos dos años).	¿Tiene usted conocimiento de algún detalle que podría afectar el riesgo, el cual no ha sido mencionado en esta solicitud?
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

No. de Licencia

Firma del Corredor (legible)