

Pasos para diligenciar el formato de asegurabilidad

1

DATOS DEL ASEGURADO

En esta parte del formato el asegurado debe diligenciar sus datos básicos, según cada espacio correspondiente. (Es necesario que se llenen todos los espacios sin excepción).

**Datos del Asegurado**

Yo: _____, mayor de edad, residente en (dirección de correspondencia): _____, de la ciudad de: _____, N° de teléfono: _____, correo electrónico: _____, nacido el día: ____, del mes: ____, del año: ____, identificado con T.I. ☐ C.C ☐ N°: _____, expedida en: _____, edad: _____, estado civil: _____, EPS: _____, medicina prepagada: _____; declaro que mi ocupación es la de (detalles sin usar términos genéricos como empleado o independiente): _____, empresa: _____, actividad comercial: _____, género: _____, peso actual: __ Kgs, estatura: __ Mts.

2

DECLARACIÓN DE SALUD ASEGURABILIDAD

A continuación, debes diligenciar todos los campos de este ítem, esto con el fin de conocer el estado real de salud. (Es necesario que llenes todos los espacios sin excepción).

- Nota 1:** Si en la pregunta #1 el asegurado responde SI, es indispensable que indique la enfermedad que padece o padeció.
- Nota 2:** Si el asegurado tiene medicación, debe justificar el motivo por el cual lo toma y el médico, clínica, hospital o EPS que lleva el control.

**Declaración de Asegurabilidad / Importante**

Según corresponda, **marca con una "x"** tus antecedentes médicos o estado de salud actual.

1. ¿Has sufrido o te han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?

• Enfermedad cardíaca, enfermedad vascular o hipertensión arterial

• Enfermedades mentales, psiquiátricas o neurológicas

• Enfermedades gastrointestinales, enfermedades del hígado

• Enfermedades óseas, musculares, tendinosas o artritis

• Enfermedades pulmonares y/o respiratorias

• Cáncer y/o cualquier tipo de tumor o quiste

• Enfermedades renales

• Diabetes

SI

NO

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

2. ¿Sufres o has sufrido enfermedades crónicas, síntomas, adicciones o vicios que incidan sobre tu estado de salud?

SI

NO

☐

☐

3. ¿Te han prescrito medicamentos para consumir habitualmente? ¿Cuáles?

SI

NO

☐

☐

4. ¿Sufres o has sufrido de cualquier otra enfermedad no contemplada anteriormente o tienes algún tipo de incapacidad? Si la respuesta es afirmativa, detallar:

SI

NO

☐

☐

5. ¿Has presentado reclamación o has recibido indemnización en seguros de vida en los últimos dos años? Si la respuesta es afirmativa, informar: año, compañía, cobertura, valor de la reclamación o indemnización.

SI

NO

☐

☐

Si padeces o has padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente o diferente, o si tienes algún tipo de incapacidad, por favor especifica cuál, el médico tratante y los teléfonos:

3

INFORMACIÓN DEL CRÉDITO

En estos espacios debes escribir el valor a desembolsar, plazo y el endeudamiento total (sin tener en cuenta tarjetas de crédito). Por último, debes diligenciar la línea de crédito, por ejemplo, Cuota Fija, Crediservice, Automóviles, etc.

☒ **Información del Crédito**

Línea de Crédito:

Valor a desembolsar: \$

Plazo del crédito en meses:

Deuda total a la fecha: \$



BENEFICIARIOS

En estos espacios van los datos de las personas que desea colocar el asegurado como beneficiarios del seguro. (Opcional).

Beneficiarios

Apellidos y Nombre	T.I	C.C	Número Identificación	Participación	Parentesco
	☐	☐			
	☐	☐			
	☐	☐			



DATOS DEL ASESOR

En estos espacios es importante que se diligencien todos los campos con los datos del asesor comercial que atiende al cliente.

Datos del asesor

Nombre centro de costos: _____, código centro de costos: _____,

cédula del comercial: _____, nombre del comercial: _____

El asesor certifica y declara bajo gravedad de juramento: 1. Que la totalidad de la información plasmada en el presente documento, relacionada con el estado de salud del Consumidor Financiero, fue suministrada por este último. 2. Que dio a conocer al Consumidor Financiero las consecuencias jurídicas y económicas por dar información falsa o inexacta sobre su estado de salud.



FIRMA

Debe ir solo firma del asegurado y número de cédula, junto con los datos de ciudad, día, mes y año del diligenciamiento del formato.

Nota: El formato tiene un máximo de validez de 30 días calendario.

☒

Firma

Manifiesto que la información consignada en el presente documento es verídica y acepto, por lo tanto, que esta constituye la base del contrato de seguro, del cual el presente documento hace parte integral.

Para constancia se firma en:

Ciudad:

Día:

Mes:

Año:

Firma del asegurado

/

C.C Nº:

Nota 1: El formato debes enviarlo a: rquinte@bancodebogota.com.co. En el asunto escribes “AUTORIZACIÓN EXTRAPRIMA+NOMBRE DEL CLIENTE+CC”.

Nota 2: Los formatos deben ser legibles, sin enmendaduras ni tener tachones, en caso contrario esto causara la devolución.