

Fecha de diligenciamiento:

Intermediario:

Sucursal:

Cod. De sucursal:

Clave de intermediario:

E-mail envío de facturación:

Número de solicitud: **25**

**1. DATOS TOMADOR / ASEGURADO**

Nombre completo		Fecha de nacimiento		Género M F		Tipo y número de documento C.C. C.E. P.T. C.D. P.A.			
Lugar de nacimiento		Departamento		Dirección de residencia					
Ciudad de residencia		Nacionalidad		Celular		E-mail personal			
Ocupación				Valor ingresos mensuales					

(CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PT: Permiso de protección temporal, CD: Carné Diplomático, PA: Pasaporte)

**2. DATOS DEL CRÉDITO ASEGURADO**

Tipo de crédito	Banco o acreedor (Beneficiario oneroso)	Valor asegurado	VALOR INICIAL	VALOR ACTUAL	Número de crédito
-----------------	---	-----------------	---------------	--------------	-------------------

Para Tipo de Crédito: Libre inversión / Libranza / Vehículo / Hipotecario no vis en pesos / Hipotecario no vis en UVR / Leasing habitacional no vis en pesos / Leasing habitacional no vis en UVR / Microcrédito mayor a 25 SMMLV

**3. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

3.1 ¿Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?

Artritis	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedades neurológicas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Esclerosis múltiple	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedades de la columna vertebral	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedades mentales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedades pulmonares	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedades renales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Enfermedades gastrointestinales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sistema hemático	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Infección por VIH - SIDA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Enfermedades hepáticas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Alguna otra enfermedad? ¿Cuál? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

3.2 ¿Ha tenido o tiene alguna pérdida funcional o anatómica, ha padecido accidentes que impidan desempeñar labores propias de su ocupación o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente? Si  No  Amplie información \_\_\_\_\_

3.3 ¿Fuma? Si  No   
Promedio de cigarrillos diarios \_\_\_\_\_

3.4 ¿Utiliza moto como medio de transporte?  
Si  No

3.5 ¿Ha recibido asesoría, terapia o tratamiento por el consumo de alcohol o cualquier otra droga psicoactiva?  
Si  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

3.6 ¿Utiliza moto como medio de trabajo?  
Si  No

3.7 ¿Se encuentra en estado de embarazo?  
Si  No  ¿Cuántos meses? \_\_\_\_\_

3.8 Indique su peso (kg) \_\_\_\_\_  
y su talla (cm) \_\_\_\_\_

3.9 Desarrolla regularmente una actividad laboral o extracurricular tales como: de pilotaje de avión no comercial, en globo aerostático, de paracaidismo, parapente, vuelo en ala delta, montañismo, bungee jumping, tauromaquia, automovilismo, motociclismo, buceo, deportes ecuestres, esquí, boxeo, artes marciales, espeleología o alguna actividad o deporte de riesgo que pueda exponer su vida o aumentar el riesgo normal de sufrir una lesión? Si  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**4. SELECCIÓN DE AMPAROS**

Amparo básico - muerte

ITP (Incapacidad Total y Permanente)

Enfermedades graves

Auxilio funerario

Valor asegurado del auxilio funerario: \_\_\_\_\_

Obligatorio para crédito hipotecario y leasing habitacional

**5. RELACIÓN DE BENEFICIARIOS**

**5.1 BENEFICIARIO ONEROSO**

Tipo y número de documento C.C. C.E. P.T. C.D. P.A. T.I. R.C. NIT								Nombre completo		% de participación 100%	Designación ONEROSO
--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------	--	----------------------------	------------------------

**5.2 BENEFICIARIO gratuito**

Tipo y número de documento C.C. C.E. P.T. C.D. P.A. T.I. R.C. NIT								Nombre completo		Parentesco	% de participación	Designación
C.C. C.E. P.T. C.D. P.A. T.I. R.C. NIT												
C.C. C.E. P.T. C.D. P.A. T.I. R.C. NIT												
C.C. C.E. P.T. C.D. P.A. T.I. R.C. NIT												
C.C. C.E. P.T. C.D. P.A. T.I. R.C. NIT												

(CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PT: Permiso de protección temporal, CD: Carné Diplomático, PA: Pasaporte, T.I: Tarjeta de Identidad, R.C: Registro Civil, NIT: Número de Identificación Tributaria.)

Designación = Oneroso, Gratuito o Contingente.

