



SOLICITUD POLIZA VIDA GRUPO



Nº POLIZA	NOMBRE DE LA EMPRESA ASEGURADORA	VALOR ASEGURADO
785000-9	SURAMERICANA SEGUROS DE VIDA	

DATOS PERSONALES ASEGURADO PRINCIPAL				
NOMBRES		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Nº DE IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL

Dejo expresa constancia que designo como beneficiarios de mi póliza de vida arriba citada, a las personas relacionadas en este documento, por lo tanto dejo sin validez cualquier otra designación de beneficiario realizada con anterioridad.

BENEFICIARIOS POLIZA DE VIDA					
NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	%

Código de Comercio

Art.1141: "Sera beneficiario a título gratuito, aquel cuya designación tiene por causa la mera liberalidad del tomador"

Art.1142: "Cuando no se designe beneficiario, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrá la calidad de tales el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro y los herederos de este en la otra mitad"

FIRMA DEL ASEGURADO

Cédula

CIUDAD DE DILIGENCIAMIENTO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

CUESTIONARIO COVID-19

Nombre y apellido:	Fecha de nacimiento:
--------------------	----------------------

Contesta cada una de las preguntas y ampliar datos en caso necesario:

1 ¿Sufres de alguna enfermedad cardiovascular o de los pulmones, diabetes, hipertensión arterial o has tenido cáncer, leucemia, infarto, accidente cerebro vascular, enfermedad pulmonar crónica obstructiva, HIV, obesidad mórbida (IMC >40), enfisema, neumonía recurrente, asma que requiera inhaladores, estás inmunodeprimido o recibe tratamiento con inmunosupresores?

Sí No

Especificar: _____

2 ¿Has contraído el coronavirus o te encuentras en aislamiento por sospecha de contagio con el coronavirus o has experimentado en los últimos 14 días de manera repentina fiebre acompañada de alguno de los siguientes síntomas: tos, dificultades respiratorias, fatiga, debilidad/malestar, producción de esputo/expectoración (flemas), dolor de garganta, falta de apetito, dolores musculares?

Sí No

Especificar: _____

3 ¿Estás o has estado en contacto con personas contagiadas con el coronavirus?

Sí No

Especificar: _____

4 ¿Has viajado durante los últimos 14 días a países de alto riesgo afectados por coronavirus o tienes planificado algún viaje a países de riesgo elevado como por ejemplo China, Japón, Corea de Sur, Irán, Italia, España, EE.UU u otros para los cuales las autoridades de su país recomiendan no viajar?

Sí No

Especificar: _____

Por la presente declaro que he contestado completa y verídicamente a las preguntas arriba formuladas y que estoy de acuerdo con que este cuestionario, junto con la solicitud de fecha _____, forme parte integrante del contrato.

Certifico que el asesor(a) me explicó coberturas y condiciones del contrato y la información contenida en la solicitud. Además haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en esta solicitud.

Lugar y fecha:

Firma:

