



SOLICITUD POLIZA VIDA GRUPO



TIPO DE SOLICITUD

INCLUSIÓN

MODIFICACIÓN

RENOVACIÓN

| | | |
|-----------|-------------------------------------|-----------------|
| 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:

