PERSONA NATURAL
SOLICITUD DE AMPLIACION DE COBERTURA PARA ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y/O ENDÉMICAS POLIZAS DE SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA FAMILIAR

Nombre del Solicitante Titular: _____
Cédula de Identidad: _____

Sección A

El contratante especificado en la parte superior a través de la póliza No. ……..solicita ampliación de cobertura para Epidemias y/o Endemias a un valor límite de $us. 10.000 (Diez mil 00/100 Dólares Americanos) año póliza para todos los asegurados bajo su contratación en la presente póliza suscrita, con el incremento de extra-prima convenida con la compañía.

De la misma manera expreso mi conformidad de que la ampliación solicitada se hace efectiva a partir de la fecha de aceptación de la compañía una vez presentada la documentación aquí descrita, hasta la finalización del contrato según la fecha de vigencia original y que este beneficio tiene una carencia de 14 días desde la fecha de habilitación.

Se autoriza que los pagos de las extra-primas sean por los medios ya coordinados a inicio de póliza, sean éstos digitales de pago o por Tarjeta de Débito o Crédito.

Sección B

El firmante de esta aplicación acuerda y conviene que el presente requerimiento se hace con total honestidad y buena fe aceptando que ninguno de los asegurados bajo el contrato del titular ha estado en contacto con personas contagiadas con el Covid-19 (SARS-CoV-2); ha contraído Covid-19 (SARS-CoV-2) o se encuentra en aislamiento por sospecha de contagio con el Covid-19 (SARS-CoV-2); o experimentado en los últimos 14 días de manera repentina fiebre acompañada de tos, dificultades respiratorias, fatiga, debilidad/malestar, producción de esputo, dolor de garganta, falta de apetito, dolores musculares y/u otros relacionados, es mayor de 60 años o presente enfermedades de base, caso contrario la falsedad de esta declaración hará anulable el beneficio conforme a las normas legales vigentes.

Firmado en: _____el _____ de_____ de 202_____

Firma del Asegurado

Aclaración de Firma:_____

Firma del funcionario de la CIA.

Aclaración de Firma:_____

OBSERVACIONES DE LA CIA.:

ALIANZA GRUPO ASEGURADOR