



Nombre completo del asegurado propuesto

Por favor responda las siguientes preguntas con tanto detalle como sea posible:

1. ¿Está usted, o ha estado en contacto directo con alguien que ha sido puesto en cuarentena o que ha sido diagnosticado con el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)? En caso afirmativo por favor proporcione detalles. Si No
2. ¿Alguna vez ha estado en cuarentena debido a una posible exposición al nuevo coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)? En caso afirmativo por favor proporcione fechas y ubicaciones. Si No
3. ¿Se le ha aconsejado que se haga la prueba para que se declare o descarte un diagnóstico del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)? ¿O está esperando el resultado de una prueba que ya se ha hecho para el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)? En caso afirmativo por favor proporcione detalles. Si No
4. ¿Alguna vez ha dado positivo para el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)? En caso afirmativo por favor indique la fecha del diagnóstico positivo. Si No

5. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 14 días?

- Cualquier fiebre Si No
- Dificultad para respirar Si No
- Rinorrea (secreción de moco de la nariz) Si No
- Síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos y/o diarrea Si No
- Tos Si No
- Malestar (cansancio similar a la gripe) Si No
- Dolor de garganta Si No

En caso afirmativo a cualquiera de estos síntomas, sírvase indicar cuál y proporcione información completa.

6. Declaración de viajes:

a. Por favor proporcione sus patrones de viaje durante los últimos 14 días:

PAÍS	CIUDAD	FECHA EN QUE LLEGÓ	FECHA EN QUE PARTIÓ

b. Por favor detalle sus planes de viaje futuros previstos para los próximos 30 días:

PAÍS	CIUDAD	FECHA DE LLEGADA	DURACIÓN PREVISTA

7. ¿Se encuentra actualmente en buen estado de salud? Si No

Firmada el día

del mes de

del año

Declaración

Confirmando que todas las respuestas presentadas en este cuestionario son completas y verdaderas y que no he retenido ninguna información material que pueda influenciar la evaluación o aceptación de esta solicitud.

Estoy de acuerdo en que este formulario constituirá parte de mi solicitud de seguro(s) y que no divulgaré cualquier información material conocida por mí que pueda invalidar mi(s) cobertura(s) de seguro.

*Si su firma es manuscrita por favor coloque la huella de su índice derecho al lado de la firma.

Firma del asegurado propuesto*

BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. Carrera 11 No. 84 A - 09, Oficina 903, Torre Amadeus, Costado Sur, Bogotá, Colombia PBX (601) 518 7700 contactenos@bmicos.com - www.bmicos.com/colombia

Línea de Servicio al Cliente: 01 800 097 8625

Defensoría del consumidor financiero: Dra. Ana María Giraldo Rincón (defensor principal) / Dr. José Federico Ustáriz (defensor suplente). Cra. 11A No. 96-51, Oficina 203, Bogotá D.C. teléfono 610 8161 - correo electrónico: defensoriabmi@legalcrc.com