



## FORMULARIO DE AMPARO PARA AFECTADOS POR PANDEMIA COVID-19

Nombre del Contratante:			
		<i>(Persona Natural o Jurídica)</i>	
Número de NIT:		Número de DUI:	
Teléfonos:		Email:	
En caso de <b>persona jurídica</b> , favor indicar el nombre del contacto:			

Seguros contratados con Aseguradora Vivir:

Favor indicar detalladamente el motivo por el que se ve afectado, para efectuar el pago de las primas de seguros:

DECLARACIÓN JURADA: Declaro que la anterior información es verdadera, conozco que Aseguradora Vivir, S.A., Seguros de Personas me solicitará la documentación necesaria para respaldar la información aquí expresada, y analizará mi caso sobre la base la documentación que presente, sin tener Aseguradora Vivir, S.A., Seguros de Personas ninguna responsabilidad en la aprobación de dicha solicitud.

_____
Nombre Solicitante
_____
Firma

_____
Nombre del funcionario que recibe
_____
Firma