

**CONSENTIMIENTO / CERTIFICADO INDIVIDUAL
PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA TEMPORAL ANUAL RENOVABLE
(nombre comercial si hubiere)**

Póliza Número	Certificado Número

Código de la Agencia:
Nombre de la Agencia:
Código del Asesor:
Nombre del Asesor:

Con la firma del presente, manifiesto expresamente mi deseo de ser incluido como Asegurado en la Póliza de Seguro Colectivo de Vida Temporal Anual Renovable, contratada entre _____, a quién reconozco como el Contratante y Seguros Agromercantil, S.A. Declaro que acepto las condiciones de la Póliza, así como la responsabilidad que adquiero como Asegurado de pagar, de ser el caso, el porcentaje de la prima que me corresponde, para lo cual suministro los siguientes datos personales:

Nombres y Apellidos Completos:			
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Ocupación:	Estado Civil:
DPI:	NIT:		
Dirección Particular:		Departamento:	
Municipio:			
Teléfono: Casa:	Oficina:	Celular:	
Correo Electrónico:			
Fecha Inicio de Relaciones:		Fecha de Inicio de Vigencia:	
El pago de la prima es: Sin contribución <input type="checkbox"/> Con contribución <input type="checkbox"/>			
Porcentaje de la prima que pagará el Asegurado:			
Periodicidad de Pago de la Prima: Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>			
Datos de la Cuenta para Débito o Cargo de la Prima: Monetario <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/>			
Número de cuenta o tarjeta de crédito:			
Nombre del cuentahabiente o tarjetahabiente:			

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Cobertura	Suma Asegurada

Edad límite de la(s) cobertura(s):
Deducible de la Renta Diaria por Hospitalización:

DECLARACIÓN DE SALUD

Declaro que estoy en buen estado de salud, que no padezco ni me han diagnosticado ninguna enfermedad endócrina, renal, cardiovascular, cerebrovascular, hipertensión, diabetes, cáncer o SIDA; que no padezco de paraplejía, cuadriplejía, sordera, ceguera, epilepsia, apoplejía, ataque de delirium tremens, síncope, vértigo o enfermedades mentales. Acepto que de padecer alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente, no

serán pagaderos los beneficios descritos en esta Póliza de Seguro Colectivo de Vida Temporal Anual Renovable, a la que me adhiero.

En caso de padecer alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente, indique el padecimiento o nombre de la incapacidad, nombre y la dirección del o de los médicos tratantes y, de ser el caso, de los hospitales; si el espacio no es suficiente, puede proporcionar la información en una hoja adicional:

Autorizo a los médicos y/u hospitales que me han atendido, a proporcionar datos que posean de mi estado de salud.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre Completo	Parentesco	Porcentaje

En caso ocurriera el fallecimiento de algún Beneficiario antes que el del Asegurado, la parte correspondiente a dicho Beneficiario se distribuirá entre los restantes. En caso ocurra el fallecimiento de algún Beneficiario después que el del Asegurado, la parte correspondiente será pagadera a los herederos legales del Beneficiario.

SERVICIO DE ASISTENCIA (nombre de la asistencia)

Por medio del presente Consentimiento / Certificado Individual, otorga el
amparo del Servicio de Asistencia en caso de fallecimiento a:

Nombre Completo	Dirección	Teléfono

INFORMACIÓN

SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se compruebe inexactitud en la información proporcionada en este Consentimiento / Certificado Individual.

DECLARACIÓN

Estoy consciente que la omisión o inexacta declaración de los datos, diferentes a los de la edad, podría originar, durante el periodo de disputabilidad, la pérdida del derecho de la cobertura de conformidad con la Ley.

AUTORIZACIÓN PARA DÉBITO O CARGO EN CUENTA DE PRIMAS DE SEGURO

Por la presente autorizo expresamente a (que podrá llamarse solo el Banco), para que debite en la cuenta indicada en este Consentimiento / Certificado Individual el monto de las primas que debo pagar por el seguro a SEGUROS AGROMERCANTIL, S. A., (la Compañía), en forma , hasta nuevo aviso, para que haga la liquidación correspondiente a la Compañía.

Entiendo que el Banco continuará pagando a la Compañía el importe mis primas hasta que yo le notifique por escrito la cancelación de esta autorización. Entiendo y acepto que el Banco, dejará de hacer estos pagos por carencia de disponibilidad de fondos en mi cuenta autorizada, límite disponible en mi tarjeta de crédito o por mora en la misma, produciendo la cancelación automática de mi Consentimiento / Certificado Individual.

Se firma el presente Consentimiento / Certificado Individual en a los días del mes de de .

Solicitante
DPI:

Cuentahabiente o tarjetahabiente
DPI:

SEGUROS AGROMERCANTIL S. A.

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos según resolución No.1110-2014
de fecha 8 de agosto de 2014.