

**SEGURO COLECTIVO DE ROBO, EXTRAVIO Y USO NO AUTORIZADO
SOLICITUD DE SEGURO**

Por medio de la presente solicito a “SEGUROS AGROMERCANTIL, S. A.”, una póliza de Seguro Colectivo de Robo, Extravío y Uso no Autorizado (Nombre Comercial del Producto) proporcionando para esto los datos que me identifican como Contratante:

1. DATOS DEL CONTRATANTE:

Nombre del Contratante: _____

Dirección: _____ Tel.: _____

Actividad: _____ NIT: _____

País de Origen: _____ Nacionalidad: _____

Fecha de Constitución: _____

2. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Nombre Completo: _____

Nacionalidad: _____ Tipo de Documento: _____ No. De docto: _____

Persona Expuesta Políticamente- PEP-: SI NO Parentesco con una PEP : SI NO Asociado cercano de una PEP : SI NO **3. GRUPO ASEGURABLE:**

Para este seguro son elegibles para el Grupo Asegurable:

4. TIPO DE PRIMA:Contributiva: Sí No Porcentaje %**5. PERIODICIDAD DE PAGO:**Mensual Trimestral Semestral Anual **6. MONEDA:****7. TERRITORIALIDAD:**

COBERTURA, SUMAS ASEGURADAS y ANEXOS:

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE:

SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.

Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a La Compañía a dar por terminado el contrato de seguro.

Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud, autorizo como Representante Legal, voluntariamente:

A La Compañía, para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mi documento personal de identificación.

La tramitación de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo por parte de la Compañía de Seguros.

Si la póliza y sus anexos no concordaren con la oferta, me reservo el derecho de pedir rectificación por escrito dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la póliza, transcurrido dicho plazo sin que pida la mencionada rectificación se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza y sus anexos; por lo tanto, firmo el presente formulario de solicitud, a los días del mes de de .

Firma del Contratante

Firma del Intermediario de Seguros