

CERTIFICADO INDIVIDUAL
PÓLIZA SEGURO COLECTIVO DE VIDA TEMPORAL ANUAL RENOVABLE
(nombre comercial si hubiera)

Póliza Número	Certificado Número

Contratante:

Nombres y Apellidos Completos:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:
Fecha de Inicio de Vigencia:	

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Cobertura	Suma Asegurada

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

BENEFICIARIOS

Nombre Completo	Parentesco	Porcentaje

En caso ocurra 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.

Las principales cláusulas de las Condiciones Generales de la Póliza forman parte del presente Certificado Individual.

SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A. firma el presente Certificado en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.

SEGUROS AGROMERCANTIL S. A.

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