

**SOLICITUD DE POLIZA
SEGURO COLECTIVO DE DESPIDO DIRECTO E INJUSTIFICADO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL
POR ACCIDENTE**

Por medio de la presente, solicito a SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A. una póliza de Seguro Colectivo de Despido Directo e Injustificado o Incapacidad Total Temporal por Accidente, para lo cual adjunto los consentimientos-certificados individuales respectivos de los integrantes del grupo solicitante y proporciono los datos siguientes que me identifican como Contratante:

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATANTE

Nombre completo: _____
Dirección particular: _____ Teléfono: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Estado civil: _____
No. de cédula o D.P.I.: _____ Extendida en: _____

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre o razón social: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Dirección de cobro: _____ Teléfono: _____
Actividad: _____ NIT: _____

DATOS DEL GRUPO ASEGURADO

Nombre con que se identificará el Grupo Asegurado: _____
Vínculo del Grupo Asegurado con El Contratante: _____
Ocupación del Grupo: _____

Normas para determinar las sumas aseguradas individuales: _____

Número total de personas que conforman el grupo: _____

Fecha de inicio de vigencia: ___/___/___ Fecha fin de vigencia: ___/___/___

Periodicidad de pago de la prima: _____

El pago de la prima es: No Contributivo: Contributivo: Tarifa: _____
Porcentaje de la prima que pagará el contratante: _____%

Deducible: _____

Período de carencia: _____

Tipo de crédito: Préstamo: Tarjeta: Moneda: _____

Observaciones: _____

En testimonio de lo cual, firmo la presente solicitud.

Lugar y fecha: _____

Firma del Agente

Firma del Contratante