

**CONSENTIMIENTO  
PÓLIZA SEGURO COLECTIVO DE VIDA  
TEMPORAL ANUAL RENOVABLE**

Póliza Número

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 proporciono los siguientes datos personales:

Nombres y Apellidos Completos:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Ocupación:

Estado Civil:

DPI:

NIT:

Dirección Particular:

Municipio:

Departamento:

Teléfono: Casa:

Oficina:

Celular:

Correo Electrónico:

Fecha Inicio de Relaciones:

Fecha de Inicio de Vigencia:

El pago de la prima es: Sin contribución  Con contribución

Porcentaje de la prima que pagará el Asegurado:

Periodicidad de Pago de la Prima: Anual  Semestral  Trimestral  Mensual

**COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS**

Cobertura	Suma Asegurada

**Deducible de la Renta Diaria por Hospitalización:**

**CUESTIONARIO DE SALUD**

- ¿Se encuentra usted en buen estado de salud?
- ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad grave o importante?
- ¿Ha estado en tratamiento médico en los últimos doce meses?
- ¿Tiene alguna incapacidad física para el desempeño normal de su trabajo?
- ¿Padece o ha padecido de una enfermedad endócrina, renal, cardiovascular, cerebrovascular, hipertensión, diabetes, cáncer o SIDA, paraplejía, cuadriplejía, sordera, ceguera, epilepsia, apoplejía, ataques de delirium tremens, síncope, vértigo o enfermedades mentales?

**SÍ**

**NO**

En caso afirmativo de alguna de las preguntas anteriores, 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

### INFORMACIÓN

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

### DECLARACIÓN

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

### AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO DE PRIMA

Autorizo al contratante, cuando corresponda, que deduzca de mi salario la prima que me corresponda y que la traslade a SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A.

Lugar y fecha:

Firma del Solicitante

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