

CARÁTULA DE LA PÓLIZA
SEGURO COLECTIVO DE DESPIDO DIRECTO E INJUSTIFICADO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL
POR ACCIDENTE

DATOS DEL CONTRATANTE

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

DATOS DE LA PÓLIZA

Nombre: _____
Grupo Asegurado: _____
Póliza No.: _____
Moneda: _____
Fecha de Emisión: _____
Vigencia Desde: _____ Hasta: _____
Edad Mínima de Ingreso: _____ Edad Máxima de Ingreso: _____
Edad Máxima de Cobertura: _____

LIMITES DE COBERTURA

Número máximo de cuotas cubiertas: _____
Deducible: _____ Período de Carencia: _____

Tipo de Contribución de la Prima: No Contributivo Contributivo
Porcentaje de la prima que pagará el contratante _____ %

Periodicidad de Pago de la Prima: _____

Observaciones: _____

SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A. otorga a los integrantes del grupo asegurado la cobertura de Despido Directo e Injustificado o Incapacidad Total Temporal por Accidente, según lo establecido en las Condiciones Generales de esta Póliza y sus Anexos.

Las pérdidas se pagarán en la Ciudad de Guatemala, al Contratante, conforme las condiciones de esta póliza.

En testimonio de lo cual, SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A. y El Contratante firman y sellan la presente póliza en la Ciudad de Guatemala, el día _____ de _____ de _____.

Seguros Agromercantil, S.A.

Contratante