

**CONSENTIMIENTO - CERTIFICADO INDIVIDUAL
PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE DESPIDO DIRECTO E INJUSTIFICADO O INCAPACIDAD
TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE**

Póliza Número	Consentimiento-Certificado Individual No.

Con la firma del presente, manifiesto expresamente mi deseo de ser incluido como Asegurado en la póliza de Seguro Colectivo de Despido Directo e Injustificado o Incapacidad Total Temporal por Accidente contratado entre _____, a quién reconozco como El Contratante, y Seguros Agromercantil, S.A. Manifiesto también que mantengo relación de deudor con El Contratante y declaro que conozco y acepto las condiciones de la póliza, así como la responsabilidad que adquiero como Asegurado de pagar el porcentaje de la prima que me corresponde, para lo cual suministro los siguientes datos personales:

Nombres y apellidos completos: _____
 Fecha de nacimiento: _____ NIT: _____
 Número de Cédula / DPI: _____ Extendido en: _____
 Dirección particular: _____
 Municipio: _____ Departamento: _____ Teléfonos: _____
 Ocupación: _____ Estado Civil: _____

Trabajador Dependiente: Si No Número de Afiliación al IGSS: _____
 En caso afirmativo declaro que desde hace más de doce meses trabajo de forma continua, con contrato de trabajo por tiempo indefinido, no trabajo de forma independiente y no desempeño ningún cargo público de libre nombramiento y remoción.

Fecha de inicio de Cobertura: _____
 Moneda: _____ Tipo de Deuda: Préstamo Tarjeta de Crédito

Cobertura	Suma Asegurada

Deducible: _____ Período de Carencia: _____

Beneficiario: _____
 Vigencia: Sujeta a la vigencia de la póliza maestra, la cobertura de este certificado se inicia a las 24 horas del día en que se firma y culmina cuando El Asegurado finalice su vinculación con El Contratante, o bien El Asegurado deje de pertenecer al grupo elegible.

Para los efectos de este consentimiento-certificado individual:
 ¿Declaro usted que se encuentra en perfecto estado de salud para el desempeño de su actividad laboral y/o profesional? Si No
 ¿Declaro usted que la información proporcionada en este consentimiento-certificado individual es verídica? Si No

Estoy consciente que la omisión o inexacta declaración de los datos solicitados en este formulario, podría originar la pérdida del derecho de la cobertura de conformidad con la Ley.

Lugar y fecha: _____

 Asegurado

 Seguros Agromercantil, S.A.