

CONSENTIMIENTO / CERTIFICADO INDIVIDUAL
PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA TEMPORAL ANUAL RENOVABLE
SALDO INSOLUTO

Póliza Número	Certificado Número

Contratante:
No. de Crédito:

Con la firma del presente, manifiesto expresamente mi deseo de ser incluido 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:			
El pago de la prima es: Sin contribución <input type="checkbox"/> Con contribución <input type="checkbox"/>			
Porcentaje de la prima que pagará el Asegurado:			
Periodicidad de Pago de la Prima: Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>			

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Cobertura	Suma Asegurada

Edad límite de la cobertura:

CUESTIONARIO DE SALUD

- | | SÍ | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • ¿Se encuentra usted en buen estado de salud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad grave o importante? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ¿Ha estado en tratamiento médico en los últimos doce meses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ¿Tiene alguna incapacidad física para el desempeño normal de su trabajo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ¿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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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.

VIGENCIA

La vigencia de este Consentimiento / Certificado Individual está sujeta a la vigencia de la Póliza, la cobertura inicia a las cero (0) horas del día siguiente en que se firma y culmina, entre otros, cuando el Asegurado cancela el crédito o bien cuando deje de pertenecer al grupo asegurado.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

DESIGNO A (nombre del banco) COMO BENEFICIARIO IRREVOCABLE DEL SALDO INSOLUTO DEL CRÉDITO QUE TENGA CON ÉL AL MOMENTO DE MI FALLECIMIENTO. Cualquier diferencia si existiere será pagadera a mis beneficiarios, según la siguiente designación:

Nombre Completo	Parentesco	Porcentaje

En caso ocurriere 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.

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 inexactitud en la información proporcionada en este Consentimiento / Certificado Individual.

DECLARACIÓN

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

Se firma el presente Consentimiento / Certificado Individual en a los días del mes de de

Solicitante
DPI:

SEGUROS AGROMERCANTIL S. A.

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