

CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL DE SEGURO COLECTIVO VIDA INVERSIÓN

CONTRATANTE: _____

Póliza No: _____

Certificado No: _____

Por el presente consentimiento manifiesto expresamente mi deseo de ser incluido como asegurado en la póliza de Seguro Colectivo de Vida Inversión, contratada entre el contratante (arriba mencionado) y SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A. (La Compañía). En consecuencia doy mi plena conformidad a todo lo actuado entre dichas partes en relación al mencionado seguro y acepto las condiciones generales y particulares de la póliza, las cuales serán parte integrante del contrato.

Autorizo al contratante y patrono de la empresa para la cual trabajo, para que descuente de mi salario el importe de la prima única correspondiente a la suma asegurada seleccionada, según la forma de pago deseada.

1. Nombre del grupo asegurado: _____

2. No. de Empleado: _____ 3. Nombre del Empleado: _____

4. Nombre del Asegurado: _____

5. Dirección Particular: _____

6. Fecha de Nacimiento: ____/____/____ 7. Ocupación: _____ 8. Estado Civil: _____ 9. Sexo: _____
Día / Mes / Año

10. NIT: _____ 11. No. Cédula: _____ 12. Fecha de Ingreso a la empresa: ____/____/____
Día / Mes / Año

13. Correo electrónico: _____ 14. Teléfono Casa: _____

15. Suma Asegurada: _____ 16. Prima única _____

17. Forma de Pago: Un sólo pago _____ Pagos mensuales: Número _____ Monto _____

18. BENEFICIARIOS:

Nombres Completos	Parentesco	Porcentaje

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Manifiesto que tengo conocimiento de las normas aplicadas para determinar la Suma Asegurada Individual convenida en la solicitud de la póliza. Conozco y acepto las condiciones de la póliza y declaro que estoy en buen estado de salud y que no padezco ni me han diagnosticado ninguna enfermedad renal, cardiovascular, cerebrovascular, hipertensión, cáncer o SIDA; que no padezco de paraplejía, cuadraplejía, sordera, ceguera, epilepsia, diabetes, apoplejía, ataque de delirium tremens, síncope, vértigo o enfermedades mentales. Acepto que de padecer alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente, no tendré derecho a ningún beneficio descrito en el Plan de Seguro colectivo de Vida Inversión al que me suscribo.

Declaro que toda la información anterior, **aunque no haya sido escrita de mi puño y letra, es verdadera y exacta** y que es la que debe tomarse como base para emitir el seguro a mi favor. Adicionalmente declaro que estoy enterado que cualquier falsedad, omisión o inexacta declaración de información da derecho a SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A. (La Compañía) a disputar las obligaciones derivadas del certificado que se emita a mi nombre, dentro de los primeros dos años de vigencia del mismo.

Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica o cualquier miembro de la profesión médica, Compañía de Seguros, agencias colocadoras de información médica o alguna otra organización, institución o persona que pueda tener información sobre mí, para que divulgue esa información a Seguros Agromercantil, S.A., en el momento en que la compañía lo considere necesario.

Lugar y fecha: _____

Firma del Asegurado: _____ Firma del Empleado: _____

Firma y sello del Contratante _____