

**PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE ROBO, EXTRAÑO Y USO NO AUTORIZADO
CARÁTULA DE LA PÓLIZA**

PÓLIZA No.

Fecha de Inicio de Vigencia: _____ Fecha fin de Vigencia: _____
 Nombre del Contratante: _____
 Dirección: _____
 NIT: _____

Coberturas

Tipo de cobertura	Límite Máximo	Edad Límite
Cobertura (Cobertura de la póliza)		

Monto de la Prima:

Período de Carencia : () días por enfermedad (solo aplica para la cobertura de vida)

Periodicidad de Pago: _____ Moneda: _____

Territorialidad: _____

Contributiva: Sí No Porcentaje %

SEGUROS AGROMERCANTIL, S. A., (en adelante denominada La Aseguradora), con domicilio en la ciudad de Guatemala, al recibir pruebas fehacientes de la ocurrencia del riesgo cubierto por esta póliza de cualquiera del grupo asegurado, pagará el importe del seguro que proceda de acuerdo con lo establecido en las condiciones generales y particulares de la póliza.

En testimonio de lo anterior, La Aseguradora extiende, firma y sella la presente póliza en la ciudad de Guatemala, a los _____ días del mes de _____ del _____ .

SEGUROS AGROMERCANTIL, S. A.

FIRMA AUTORIZADA