

**CONSENTIMIENTO / CERTIFICADO INDIVIDUAL
PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE ROBO, EXTRAVIO Y USO NO AUTORIZADO**

Póliza número	Certificado número

Código de la Agencia:
Nombre de la Agencia:
Código del Asesor:
Nombre del Asesor:

Con la firma del presente, manifiesto expresamente mi deseo de ser incluido como Asegurado en la Póliza de Seguro Colectivo de ROBO, EXTRAVIO Y USO NO AUTORIZADO (Nombre Comercial de Producto), contratada entre (Contratante), a quién reconozco como el Contratante y Seguros Agromercantil, S.A. en adelante La Aseguradora o La Compañía. 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 suministro 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 de Inicio de Vigencia: _____	Fecha de Fin de Vigencia: _____
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"/>	
Prima Periodo:	
Moneda:	
Datos de la Cuenta para Débito o Cargo de la Prima: Monetario <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/>	
Número de cuenta o tarjeta de crédito:	
Nombre del cuentahabiente o tarjetahabiente	

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Cobertura	Suma asegurada

Edad límite de la(s) cobertura(s): () años
 Periodo de carencia: () días por enfermedad (solo aplica para la cobertura de vida)
 Ocupaciones excluidas:

INFORMACIÓN

Con presentar una fotocopia o el original de este consentimiento/certificado autorizo como propuesto asegurado, voluntariamente:

- A cualquier médico, profesional, hospital, clínica, entidad o persona médica o relacionada médicamente para proveer a La Compañía la información que ésta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mí, sin limitación alguna.
- A La Compañía para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mí documento personal de identificación.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DE LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL (cuando aplique)

Nombre completo	Parentesco	Porcentaje

(Cuando aplique) 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.

(Cuando aplique) DESIGNO A (nombre del contratante) COMO BENEFICIARIO IRREVOCABLE DEL SALDO INSOLUTO DEL CRÉDITO QUE TENGA CON ÉL AL MOMENTO DE MI FALLECIMIENTO.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO EN CASO DE SINIESTRO

- Al tener conocimiento de la ocurrencia del siniestro tiene la obligación de reportarlo a La Aseguradora en un plazo no mayor a cinco (5) días;
- Dar toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro.
- Proporcionar los documentos que la Aseguradora pueda requerir para la comprobación del siniestro.

PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DEL RECLAMO

Una vez se hayan presentado las pruebas satisfactorias y se hayan practicado las investigaciones correspondientes sobre los hechos relacionados con el siniestro, se procederá con el pago en las oficinas de La Aseguradora.

DECLARACIÓN

Queda entendido y convenido que:

Seguros Agromercantil, S.A., se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro. Las respuestas y declaraciones que formen parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a la Aseguradora a dar por terminado el contrato de seguro.

AUTORIZACIÓN PARA DÉBITO O CARGO EN CUENTA DE PRIMAS DE SEGURO

Por la presente autorizo expresamente a el Contratante, para que debite o cargue en la cuenta indicada en este Consentimiento / Certificado Individual el monto de las primas que debo pagar por el seguro, en la forma pactada, hasta nuevo aviso, para que haga el pago de las primas correspondientes a La Aseguradora.

Entiendo que el Contratante continuará pagando a La Aseguradora el importe de mis primas hasta que yo le notifique por escrito la cancelación de esta autorización. Entiendo y acepto que el Contratante, dejará de hacer estos pagos por carencia de disponibilidad de fondos en mi cuenta autorizada, límite disponible en mi tarjeta de crédito o por mora en la misma, produciendo la cancelación automática de mi Consentimiento / Certificado Individual.

La Aseguradora entregará, a requerimiento del asegurado, copia de las condiciones generales del seguro, por el medio que lo solicite.

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

Solicitante: _____ Cuentahabiente o tarjetahabiente: _____

DPI: _____ DPI: _____

Nombre y Firma Autorizada
SEGUROS AGROMERCANTIL S. A.