**SOLICITUD RESUMEN DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES –COLECTIVO**

PÓLIZA No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por la presente solicito a Seguros Agromercantil, S. A., una póliza de Seguro de Accidentes Personales-Colectivo, para lo cual se adjuntan los consentimientos respectivos de los integrantes del Grupo.

1. Datos del Solicitante:

Nombre o Razón Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. De Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_No. De FAX\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NIT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Actividad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Constitución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datos del Representante Legal:

Nombre completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de Docto. de Identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Es persona expuesta políticamente, tiene algún familiar o relación comercial con PEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre con que se identificará al grupo

b) Personas elegibles para el grupo

c) Beneficios

d) Cobertura

e) Límites de Seguro y Prima Anual por persona. Normas para determinar la suma asegurada.

PRIMA: Sin contribución Contributiva (detallar)

f) Procedimiento de Emisión y Declaraciones

g) Límites de Edad

h) Especificaciones Adicionales

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 forman 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 Compañía a dar por terminado el contrato de seguro.

Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud, autorizo como Representante Legal, voluntariamente:

1. A la Compañía, para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por medio de cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mi documento personal de identificación.

La tramitación de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo por parte de la Compañía de Seguros.

El Contrato de Seguro entrará en vigor al recibir el solicitante la aceptación por parte de la Compañía, y desde esa fecha se le considerará Contratante del Seguro en representación del Grupo.

En fe de lo cual, se firma la presente solicitud a los \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_días del mes de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Firma del Solicitante**

**ACEPTACION DE LA COMPAÑÍA: Fecha**

**Firma del Apoderado:**