

**PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE DESPIDO DIRECTO E INJUSTIFICADO O INCAPACIDAD
TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE
ANEXO DE CONDICIONES PARTICULARES**

Mediante el presente anexo y por convenio expreso entre Banco Agromercantil, S.A. y La Compañía aseguradora, se procede a incluir para formar parte de la póliza, y en adición a las Condiciones Generales las siguientes Cláusulas:

I. DESPIDO DIRECTO E INJUSTIFICADO

A. Cobertura

Elegibilidad: Son condiciones indispensables y concurrentes para la aplicación de esta cobertura:

- a) El Asegurado tenga un contrato de trabajo al término indefinido o a término fijo.
 - b) El Asegurado se encuentre al día en el pago de las cuotas de la tarjeta de crédito y/o crédito no presentando mora, en la misma, al momento de ocurrencia del siniestro, para los productos de modalidad de prima mensual.
 - c) El Asegurado lleve más de 6 meses continuos trabajando.
 - d) El Asegurado cumpla con un período de espera de treinta (30) días.
 - e) Que El Asegurado se encuentre en estado de desempleo.
- Fuerzas militares
 - Empleados públicos con carrera administrativa.
 - Empleados de libre nombramiento y remoción, cuyo retiro no haya sido generado por El Asegurado, y se encuentre contenido en un acto administrativo.
 - Despido masivo con o sin autorización del ministerio de la protección social.
 - Terminación del contrato a término fijo antes del término inicialmente establecido, siempre y cuando esta terminación no dependa de la voluntad del Asegurado y no exista justa causa en la terminación.
 - Personas vinculadas a cooperativas de trabajo asociado cuyo asociado retiro no haya sido generado por El Asegurado.
 - Personas vinculada a través de unas empresas de servicios temporales.
 - Contrato de obra o labor contratada.

La cobertura de Desempleo Involuntario cubre adicionalmente:

- Cualquier tipo de empleado cuya relación laboral haya configurado un contrato y en razón del cuál haya recibido una indemnización o bonificación al momento del despido o de la renuncia negociada.
- Empleados con contrato verbal.

B. Exclusiones

Seguros Agromercantil, S.A. no efectuará pago alguno cuando el Despido Directo e Injustificado sea debido a las exclusiones enunciadas a continuación, las cuales son en adición a las causales de exclusión indicadas en las Condiciones Generales de la Póliza:

- a) Cuando el contrato de trabajo del Asegurado termine por cualquiera de las siguientes causas:
 - Decisión unilateral del trabajador.
 - Por despido con justa causa.
 - Por muerte del trabajador
 - Por mutuo consentimiento entre el trabajador y el empleador sin que se efectúe pago alguno de la bonificación o suma alguna, por decisión de parte del empleador. Por expiración del término estipulado en los contratos a término fijo.
 - Por terminación de la obra o labor contratada.
 - Por no regresar el trabajado a su empleo, al desaparecer las causas de la suspensión del contrato.
- b) Cuando la terminación del contrato de trabajo se presente durante o a la finalización del período de prueba.
- c) Cuando el contrato de trabajo sea suspendido por cualquiera de las causas mencionadas en los Artículos 65 al 75 del Capítulo Séptimo del Código de Trabajo de Guatemala Decreto No. 1441.
- d) Cuando se trate de trabajadores empleados en su propia empresa.
- e) No se incluye bajo esta cobertura personas que se encuentren amparadas bajo la cobertura de incapacidad total temporal.
- f) Cuando El Asegurado se encuentre empleado, incluso después de haberse encontrado un periodo en estado desempleo.

II. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

A. Cobertura

Para fines de la presente póliza, Seguros Agromercantil, S.A. pagará el número de cuotas y suma asegurada indicada en el consentimiento-certificado si a consecuencia de un accidente o enfermedad corporal ocurrida durante la vigencia de la presente póliza un asegurado cubierto por el presente seguro queda incapacitado total y temporalmente e inhabilitado para ejercer cualquier trabajo o labor profesional.

Son condiciones indispensables y concurrentes para la aplicación de esta cobertura:

- a) La incapacidad esté debidamente certificada por un médico especialista colegiado activo.
- b) El Asegurado se encuentre al día en el pago de las cuotas de la tarjeta de crédito y/o crédito no presentando mora, en la misma, al momento de ocurrencia del siniestro, para los productos de modalidad de prima mensual.
- c) Que la incapacidad tenga una duración superior a treinta (30) días calendario y no haya sido causada por El Asegurado. Si un asegurado presenta una nueva incapacidad de más de 30 días dentro de los 60 días siguientes a la primera incapacidad reportada como parte del primer evento y en consecuencia, se acumularán los pagos generados antes de la recaída y los que surjan como consecuencia de la misma, si la nueva incapacidad sucede después de transcurridos 60 días desde la primera

incapacidad total temporal reportada, se constituirá como un nuevo evento y tendrá derecho a recibir hasta seis pagos.

- d) Que El Asegurado sea trabajador independiente o estudiante o ama de casa o microempresario o personas con contrato de prestación de servicios o pensionado.

Tabla de Días de Incapacidad:

Para el pago de la indemnización por capacidad total temporal se aplicará la siguiente tabla:

Días de Incapacidad Total Temporal Certificada	# de Pagos a Aplicar
15 - 44 días calendario consecutivos	1
45 - 74 días calendario consecutivos	2
75 - 104 días calendario consecutivos	3
105 - 134 días calendario consecutivos	4
135 - 164 días calendario consecutivos	5
165 - 180 más días calendario consecutivos	6

B. Exclusiones

Seguros Agromercantil, S.A., en adición a las causales de exclusión indicadas en las Condiciones Generales de la Póliza, no efectuará pago alguno cuando la Incapacidad Total Temporal se derive de los siguientes eventos o cuando dicha incapacidad producto de un accidente o enfermedad, tenga origen directo o indirecto en:

- a) Accidente originados por la participación del Asegurado en :
 - Actos delictivos o contravencionales de acuerdo a la ley penal, en los que participe directa o indirectamente El Asegurado.
 - Viajes en cualquier medio de transporte aéreo, excepto cuando se realiza el viaje como pasajero de una aerolínea comercial debidamente autorizada por las autoridades respectivas.
 - Pruebas o carreras de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.

- Práctica profesional de cualquier deporte, así como deportes de alto riesgo de cualquier clase y deportes que involucren el uso de equipos, medio o máquina de vuelo o deportes con la intervención de algún animal.
 - Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión de combustible nuclear, radioactividad, tóxico, o cualquier otra propiedad peligrosa de un explosivo nuclear o de sus componentes.
 - Actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no.
 - Actividades peligrosas como la manipulación de explosivos o armas de fuego.
- b) Los eventos siguientes:
 - Cualquier enfermedad mental de cualquier tipo y sus consecuencias, tales

- como pero no limitado a estrés, ansiedad, depresión o desorden nerviosos.
- Enfermedades en razón de las cuales El Asegurado haya sido atendido y tratado dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha inicio de vigencia del contrato de seguro.
- Intento de suicidio.
- Lesiones, padecimientos o enfermedades intencionalmente causadas o auto inferidas, ya sea en estado de cordura o incapacidad mental.
- Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.
- Intento de homicidio del Asegurado, cuando este se encuentre participando

- directamente o indirectamente en actos delictivos o contravencionales.
- Accidentes que se originen debido a que El Asegurado estaba bajo la influencia de algún medicamento o droga enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico; así como los que se originen como consecuencia de los efectos del alcohol.
- c) No se incluyen bajo esta cobertura los miembros de fuerza militares.
- d) No se incluyen bajo esta cobertura personas que se encuentren amparadas bajo la cobertura de Despido Directo e Injustificado.

III. ENFERMEDADES GRAVES

A. Cobertura

SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A., pagará al Asegurado la suma asegurada expresamente indicada en el consentimiento-certificado individual de seguro en caso le sea diagnosticado por primera vez con una de las siguientes enfermedades graves:

- 1) **Cáncer: SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A.** pagará la suma asegurada contratada para este amparo, a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna que ponga en peligro la vida del Asegurado de acuerdo con la definición y demostración que más adelante se señala, cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a **SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A.**, por este concepto no será cubierta por este seguro.

Se entiende por cáncer, la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolado y la invasión local y destrucción directa de tejidos o metástasis; o grandes números de célula malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyen entre ellos los diversos tipos de leucemia (excepto la leucemia linfocítica crónica), los linfomas y la enfermedad de hodgkin, el diagnostico deberá ser realizado por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un diagnostico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de

un cáncer y este deberá requerir tratamiento con cirugía, radioterapia o quimioterapia. No están cubiertos los tumores malignos o premalignos descritos en el apartado de Exclusiones.

- 2) **Infarto del miocardio:** Es la muerte o necrosis de una porción del músculo cardiaco, como resultado del inadecuado suministro de flujo sanguíneo al área correspondiente como consecuencia de un aporte deficiente a la zona respectiva. El diagnostico dese ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique un infarto del miocardio dentro de un plazo de setenta y dos horas (72) antes de dicha hospitalización, que presente:

- Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma.
- Aumento de las enzimas cardiacas por sobre los valores normales.
- Un historial de dolor de pecho, indicativo de una enfermedad cardiaca isquémica.

El infarto del miocardio que ocurre dentro de los 14 días posteriores a cualquier procedimiento de intervención de la arteria coronaria, incluyendo pero no limitado a la angioplastia coronaria o cirugía de derivación coronaria, será cubierto solamente si ha resultado con nuevas ondas en el electrocardiograma o nuevos movimientos anormales permanentes de la pared cardiaca

mostrados en las imágenes cardíacas 30 días después del procedimiento coronario.

3) **Cirugía de bypass coronario:** Es la cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización by-pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho. Se excluye de esta definición, la angioplastia de globo y otras técnicas invasivas que no requieran cirugía.

4) **Enfermedad cerebro – vascular:** La embolia cerebral es definida como un incidente cerebrovascular que tiene por resultado la muerte irreversible del tejido cerebral debido a una hemorragia intracraneal, o debido a un embolismo o trombosis en un vaso intracraneal, la hemorragia subaracnoidea también está cubierta bajo esta definición. La enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que producen secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro horas y que son de naturaleza permanente, esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intra-craneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extra-craneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique una lesión cerebral de tipo vascular, dentro de un plazo de setenta y dos (72) horas antes de dicha hospitalización.

5) **Insuficiencia renal crónica:** La enfermedad que se presenta, en su etapa final, como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones, como consecuencia de la cual se hace regularmente necesaria la diálisis renal o el trasplante renal. La insuficiencia total, crónica e irreversible de ambos riñones o la continua diálisis renal deberá ser institucionalizada y considerada médicamente necesaria, por un nefrólogo certificado. La insuficiencia renal aguda reversible con diálisis renal temporal así como la insuficiencia renal singular no son cubiertas.

6) **Esclerosis Múltiple:** Para los efectos de esta cobertura se entiende por esclerosis múltiple la enfermedad demielinizante del sistema nervioso central, cuyo diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo confirma al menos anomalías moderadas neurológicas persistentes, producidas por la degeneración del tejido neural esclerosado evidenciadas por síntomas típicos de afectación de las funciones sensoriales y motoras, y cuya progresión haya producido deterioro incapacitante significativo en las funciones básicas y esenciales para la independencia, pero las que no lleven necesariamente al asegurado a una silla de ruedas en forma permanente. Esta enfermedad se caracteriza por zonas de tejidos endurecidos del cerebro o de la médula espinal manifestada por parálisis parcial o completa, parestesia, y/o neuritis óptica. Se caracteriza más allá por episodios de exacerbación o remisión. El diagnóstico radica en el historial y exámenes físicos y el análisis del líquido cerebroespinal; un episodio anterior o un episodio único de esclerosis múltiples no será una esclerosis múltiple para efectos de esta definición. En ningún caso la compañía aseguradora pagará una pérdida bajo este beneficio si el primer episodio ocurrió antes de la fecha efectiva de la póliza.

7) **Trasplante de órganos:** Para los efectos de esta cobertura se entiende por trasplante de trasplante de un órgano vital el que se haya realizado el Asegurado como receptor del trasplante de un órgano proveniente de un donante humano fallecido o vivo, que debe ser cualquiera de los siguientes: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas, siempre y cuando el órgano del Asegurado esté o haya estado lesionado o enfermo. Por trasplante de médula ósea se entiende la recepción de un trasplante de médula ósea humana utilizando células madre hematopoyéticas precedido por ablación total de médula ósea. Será requisito indispensable para el pago del beneficio que el Asegurado notifique previamente y por escrito a la compañía aseguradora el hecho de ser definido como candidato a trasplante por la institución hospitalaria o reguladora correspondiente y antes que este se

realice. Una vez que la compañía aseguradora ha sido notificada de este hecho, solo podrá poner término al contrato del Asegurado que se encuentre en dicha situación si este incurriere en alguna causa legal que así lo permita. El trasplante debe ser certificado por el médico que lo practicó quien debe poseer licenciamédico que lo practicó licencia permanente y válida para practicar la medicina y esta clase de intervenciones quirúrgicas.

Parágrafo 1: La compañía aseguradora pagará al Asegurado el monto indicado en el consentimiento-certificado, siempre y cuando la enfermedad diagnosticada no sea del tipo de las enfermedades excluidas en el presente anexo de condiciones particulares.

Parágrafo 2: Para los efectos de este anexo, sólo se tomarán por enfermedades graves las listadas en el presente anexo de condiciones particulares.

Parágrafo 3: La cobertura que otorga este anexo tiene la siguiente limitación:

- a) No existirá la obligación de pagar el valor asegurado cuando el reclamo sea presentado a la compañía aseguradora después de que el Asegurado haya cumplido la edad máxima de permanencia definida en las presentes condiciones particulares.

Parágrafo 4 : La enfermedad debe estar certificada por un médico colegiado activo y debe ser especialista de acuerdo a la enfermedad a certificar. Aplica para todas las enfermedades graves listadas en la presente cláusula.

B. Exclusiones

SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A., no efectuará pago alguno del valor asegurado si el reclamo tiene relación con una de las siguientes enfermedades excluidas.

- 1) **Los siguientes tipos o manifestaciones de cáncer:** Leucemia linfocítica crónica. Todo tipo de cáncer de piel, con excepción del melanoma maligno. Todos los tumores descritos histológicamente como benignos, premalignos, con potencial bajo de malignidad, o no invasivos. Todas las lesiones descritas como carcinoma in situ, displasia cervical NIC I, NIC II y NIC III, virus del papiloma humano, condilomas planos. Así mismo quedan excluidas las siguientes enfermedades específicas: policitemia vera, trombocitemia esencial, todos los tumores de próstata al menos que sea clasificados histológicamente por la escala de "gleason" con un grado mayor a 6 o que hayan progresado al menos a la clase T2N0M0 según la clasificación de AJCC (American Joint Committee on Cancer) clasificación TNM vigente al momento del siniestro. Cualquier tipo de cáncer en presencia de la infección por VIH, incluyendo pero no limitando a linfoma o sarcoma de KAPOSI, melanomas delgados con reportes de patología mostrando niveles de CLARK menores de III o un grosor menor a 1.0 mm. según la clasificación de BRESLOW. El cáncer de tiroides temprano con un

diámetro menor de 1.0 cm. e histológicamente descrito como T1 por la última edición de la AJCC clasificación TNM, siempre y cuando no exista metástasis. Cáncer temprano localizado en la vejiga que sea histológicamente descrito en la última edición de la AJCC clasificación TNM como tal o una clasificación equivalente, siempre y cuando no exista metástasis. Leucemia linfocítica crónica (LLC) con clasificación menor a la Etapa III RAI. Todo tipo de cáncer que sea recurrencia o metástasis de un tumor presentado por primera vez dentro del periodo de carencia. Esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer, cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a la compañía aseguradora por este concepto no será cubierta por este seguro.

- 2) **Tratándose de infarto al miocardio se encuentran excluidas de cobertura:** La insuficiencia cardiaca, dolor torácico no cardiaco, angina, angina inestable, miocarditis, pericarditis y lesión traumática al miocardio no está cubiertas.

- 3) Tratándose de cirugía de bypass coronario se encuentre excluidas de cobertura de los siguientes tratamientos y/o cirugías:** La angioplastia con globo, otras técnicas que no requieren cirugía, están excluidos los procedimientos: la angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP), cateterismo cardiaco, tratamiento con rayo láser, cuchilla rotatable, el stenting y otras técnicas de cateterismos intra-arteriales, y también está excluida la cirugía de derivación de las arterias coronarias por laparoscopia.
- 4) Tratándose de enfermedad cerebrovascular se encuentran excluidas de cobertura las siguientes dolencias:** No se consideran dentro de la cobertura los síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por un traumatismo o hipoxia y una enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, y las alteraciones isquémicas del sistema vestibular, ni los accidentes cerebro vasculares post-traumáticos, ataques isquémicos transitorios (AIT), daño cerebral debido a un trauma o infección, vasculitis, enfermedad inflamatoria o migraña. Trastornos de los vasos sanguíneos que afecten la vista, incluyendo infarto del nervio óptico o retina, trastornos isquémicos del sistema vestibular, embolia cerebral silente asintomática encontrada en imágenes.
- 5) Tratándose de insuficiencia renal crónica se encuentran excluidas de cobertura las siguientes dolencias:** La insuficiencia renal aguda reversible con diálisis renal temporal así como la insuficiencia renal singular.
- 6) Tratándose de esclerosos múltiple se encuentran excluidas de cobertura:** En adición a lo indicado como cobertura, se excluye otras causas de daño neurológico como lupus eritematoso sistémico o infecciones por virus de inmunodeficiencia humana.
- 7) Tratándose de trasplante de órgano:** La cobertura solo comprende el trasplante de todo el órgano y no de fracciones o partes de éste, por lo que el caso de páncreas se excluye el trasplante de islotes de Langerhans. No está cubierto el trasplante autólogo de medula.
- 8) Causales adicionales de exclusión:** La compañía aseguradora no deberá pagar

la suma asegurada si la enfermedad grave ha sido causa directa o indirecta de:

8.1 Suicidio, tentativa de suicidio, lesiones, padecimiento o enfermedades intencionalmente causadas o auto infligidas, ya sea en estado de cordura o incapacidad mental.

8.2 Uso de abuso intencional de drogas o alcohol.

8.3 Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva, veneno, inhalación de gases o vapores venenosos.

8.4 Lesiones corporales causadas por eventos externos, bien sea éstos de carácter violento o accidental.

8.5 Cualquier condición relacionada directa o indirectamente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), conforme con las definiciones reconocidas para tal efecto por la organización mundial de la salud.

8.6 Enfermedades que hayan sido conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura, o a la fecha de incorporación del Asegurado, según corresponda.

8.7 Padecimiento congénito, anomalías congénitas y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.

8.8 Riñas o alborotos populares en los que hubiere intervenido el Asegurado.

8.9 Efecto de guerra declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.

8.10 Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo,

8.11 Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sea la ocupación principal del Asegurado.

8.12 Intoxicación o encontrarse el Asegurado en estado de ebriedad o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica, estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

8.13 Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza.

8.14 Los tratamientos estéticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha en vigencia de la presente póliza. Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.

8.15 Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del Asegurado.

8.16 Participación en las siguientes actividades o deportes: pasajeros en aviación privada, paracaidismo, alas

delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo, y aquellas otras que se excluyen expresamente en las condiciones particulares de la póliza.

8.17 Actividades peligrosas como la manipulación de explosivos o armas de fuego.

8.18 Cualquier procedimiento realizado por un médico no colegiado y no especialista.

8.19 En ningún caso la compañía aseguradora pagará una enfermedad que sea consecuencia, complicación o secuela de una enfermedad preexistente al momento de la fecha de inicio de vigencia de la presente póliza, independientemente del tiempo transcurrido desde su primer diagnóstico. Así mismo, se excluyen diagnósticos repetidos durante la vigencia de la póliza.

IV. CLAUSULAS ESPECIALES

- Declaración del estado del riesgo y sanciones por inexactitud o reticencia:

El Asegurado está obligado a declarar por escrito los hechos o circunstancias que tengan importancia para la apreciación del riesgo según el cuestionario que le sea propuesto por **SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A.** La omisión o la inexactitud declaración sobre hechos o circunstancias que de ser conocidos por la compañía aseguradora la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la omisión o inexacta declaración provienen de error inculpable del Asegurado, es decir que este no ha obrado sin mala fe o culpa grave, el contrato no será nulo, pero la compañía aseguradora sólo estará obligada a pagar la suma asegurada la cual se reducirá, si el riesgo fuere asegurable, a la que se hubiere obtenido con la prima pagada de no haber habido omisión o declaración inexacta. En caso de que el riesgo no fuere asegurable, el asegurador quedará liberado del pago del siniestro.

- Prescripciones:

Todas las acciones que deriven de un contrato de seguro, prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

- Terminación del seguro:

La cobertura del Asegurado terminará por las siguientes causas: (I) Mora en el pago de la prima, (II) cuando cumpla la edad de terminación indicada en el consentimiento-certificado, (III) revocación unilateral, mediante nota escrita, de parte del Asegurado, (IV) Muerte del Asegurado, (V) a solicitud del Contratante, (VI) a la terminación de la relación entre el Asegurado y el Contratante.

Asegurado

Matalia Velásquez


Seguros Agromercantil, S.A.