

SEGURO COLECTIVO DE AUTOMÓVILES SOLICITUD DE SEGURO

I. TIPO DE PERSONA

Persona Natural ☐	Persona Jurídica ☐	Comerciante Individual ☐	
Empresa de Gobierno ☐	Entidad Supervisada ☐	ONG ☐	APNFD ☐

II. DATOS GENERALES DEL TOMADOR DE SEGURO O CONTRATANTE

Razón o Denominación Social		Nombre Comercial		Fecha de Constitución Día Mes Año
R.T.N. de la Empresa		No. de Incripción en Registro Mercantil		Objeto Social y/o Actividad Económica
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada
Documento Nacional de Identificación		Tipo de Identificación DNI ☐ Pasaporte ☐ Carnet Residencia. ☐		
No. de Licencia de Conducir:		Tipo de Licencia Liviana ☐ Pesada ☐ Motocicleta ☐		
R.T.N. No.:		Fecha de Nacimiento Día: Mes: Año:		Edad
Lugar de Nacimiento Municipio Departamento País				Nacionalidad (es):
Género Masculino ☐ Femenino ☐		Estado Civil Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Viudo (a) ☐ Unión Libre ☐ Divorciado (a) ☐ Separado (a) ☐		
Nombre completo del Cónyuge		No. Identidad del Cónyuge		
¿Es su Cónyuge una persona políticamente expuesta (PEP)? S ☐ ND ☐ Si su respuesta es positiva, favor completar la siguiente información:				
Lugar de nacimiento del Cónyuge: _____				
Género: Masculino ☐ Femenino ☐ Nacionalidad (es): _____				
Ocupación del Cónyuge: _____ Profesión del Cónyuge: _____				
Dirección Completa de Residencia del Tomador y/o Representante Legal				
Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia:	
Bloque No:	Casa No.:	Calle:	Avenida:	
Otras referencias o señas:				
Teléfono Fijo:	Celular:	Otro Teléfono:	Fax:	
Correo Electrónico:				
Profesión u oficio:				



Origen de los Recursos del Contratante o Representante Legal			
Actividad económica principal:			
Ocupación actual: Asalariado ☐ Pensionado ☐ Comerciante ☐ Otros _____			
Posee Negocio Propio: SI ☐ NO ☐		Nombre del Negocio (Si aplica):	
		Giro o actividad económica del negocio:	
Nombre empresa donde labora:		Posición/ Cargo que desempeña:	
		Fecha de Empleo Día: Mes: Año:	
Dirección Completa de la Empresa donde labora el Tomador y/o Representante Legal			
Departamento:		Municipio:	
		Ciudad:	
Bloque No:		Colonia:	
		Avenida:	
Edificio:		Calle:	
Teléfono No:		Fax No:	
		Otros teléfonos:	
Correo Electrónico:		Sitio Web:	

III. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

Dirección Completa			
Departamento:		Municipio:	
		Ciudad:	
Bloque No:		Colonia / Barrio:	
		Avenida:	
Edificio:		Calle:	
Teléfono No:		Fax No:	
		Otros teléfonos:	
Correo Electrónico:			
Sitio Web:			
¿Tiene su empresa oficinas en otros departamentos o en el extranjero? SI ☐ NO ☐		¿Dónde? (Anexe detalle en caso de ser necesario)	
¿La Empresa previene y controla el Lavado de Activos y Financiamiento al Terrorismo? SI ☐ NO ☐			

IV. VIGENCIA

Abierta:	☐		
Cerrada:	☐	Desde:	Hasta:

V. FORMA DE PAGO

Moneda:	Lempiras	☐	Dólares	☐		
Frecuencia de pago:	Anual	☐	Mensual	☐	Otros _____	

VI. COBERTURAS

Descripción Riesgos Cubiertos	SI	NO
A Vuelcos accidentales o colisiones.	☐	☐
B (1) Incendio, Autoignición y Rayo.	☐	☐
B (2) Robo.	☐	☐
B (3) Huelgas y Alborotos Populares.	☐	☐
C Daños causados a terceros en sus bienes.	☐	☐
D Daños causados terceros en su persona.	☐	☐
E Rotura de Cristales.	☐	☐
F Equipo Especial.	☐	☐
G Fenómenos Naturales y Explosión.	☐	☐
H Extensión Territorial.	☐	☐
I Gastos Médicos.	☐	☐
J Seguro de accidentes personales para los ocupantes del vehículo asegurado	☐	☐
J (1) Muerte Accidental.		
J (2) Incapacidad Total y Permanente		
J (3) Reembolso de gastos médicos en exceso de "I".		
Coberturas Adicionales o Especiales		
1. Minoría de Edad.	☐	☐
2. Mayoría de Edad.	☐	☐
3. Responsabilidad Civil en Exceso	☐	☐
4. Gastos Funerarios del Conductor	☐	☐
5. Cobertura para Efectos Personales del Asegurado	☐	☐
6. Caída de árboles	☐	☐
7. Licencia vencida 6 meses	☐	☐
8. Exceso de Velocidad	☐	☐
9. Altos y Semáforos	☐	☐
10. Proyectiles	☐	☐
11. Cero por ciento (0%) de deducible cuando el Asegurado no sea culpable del accidente	☐	☐
12. Cero por ciento (0%) de coaseguro cuando el vehículo posea sistema GPS	☐	☐
13. Responsabilidad civil cruzada	☐	☐
14. Asistencia vial	☐	☐
15. Gastos de transporte para movilización por siniestro	☐	☐
16. Gastos de parqueo en predios de tránsito	☐	☐
17. Descuento en deducible	☐	☐
18. Daño Malicioso	☐	☐

Cobertura	% de Coaseguro y Deducibles
Robo Total del Vehículo.	
Pérdida Total del Vehículo por Accidente.	
Sistema de Bolsas de Aire.	
Rotura de Cristales	
Equipo Especial	
Por Pérdida Parcial en coberturas A, B, G	

VII. DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN DE CONDICIONES

Certifico que la información brindada en esta solicitud es verídica. Asimismo, comprendo que en caso de no proporcionar la información correcta o si se comprobase que las respuestas no están sujetas a la realidad, las coberturas del seguro contratado se podrían ver afectadas, eximiendo a Equidad Compañía de Seguros S. A. de toda obligación de indemnizar.



EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

Lugar y Fecha: _____

Nombre del Solicitante: _____ Firma del Solicitante: _____

Nombre del Intermediario: _____ Firma del Intermediario: _____

